



UNIVERSIDADE  
DE LISBOA

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE MEDICINA

**PREVALÊNCIA E REPERCUSSÃO DA  
OBSTIPAÇÃO NO DOENTE  
ONCOLÓGICO**

*Dissertação no âmbito do curso de Mestrado em Cuidados Paliativos*

**Fernando Manuel Medina Menéndez**  
(Licenciado)

Orientador:  
***Professor Doutor António José Feliciano Barbosa***

Lisboa, Janeiro de 2014

**A impressão desta dissertação foi aprovada pelo Conselho Científico da Faculdade de Medicina de Lisboa em reunião de 27 de Janeiro de 2015.**

# PREVALÊNCIA E REPERCUSSÃO DA OBSTIPAÇÃO NO DOENTE ONCOLÓGICO

*Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos (9ª edição)*

Orientador – Prof. Doutor António Barbosa.

*Realizado por:*

***Fernando Manuel Medina Menéndez***

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE MEDICINA

Todas as afirmações contidas neste trabalho são de exclusiva responsabilidade do candidato, não cabendo à Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa qualquer responsabilidade.

*Lisboa, Janeiro de 2014*

"Curar às vezes, aliviar muito frequentemente  
e confortar sempre." **Oliver Holm**

# DEDICATÓRIA

Com carinho, dedico este trabalho a todos os doentes oncológicos, procurando dar o meu contributo para um futuro mais próspero.

À memória de Maria Antónia Monteiro que, apesar de não se encontrar entre nós, foi ao longo do percurso de parte da minha vida um pilar de ajuda e força de motivação para caminhar sempre mais. Tenho a agradecer-lhe toda a sua força positiva, alegria e compreensão.

# AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a todos aqueles que, com o seu saber, a sua colaboração e o seu apoio crítico, dispuseram do seu tempo para debater comigo orientações e práticas no âmbito do desenvolvimento deste trabalho. Um agradecimento especial ao Professor Dr. António Barbosa, pelas valiosas sugestões, acompanhamento, coordenação e orientação.

Ao Engenheiro Ricardo Monteiro, amigo incondicional e auxiliador na redação deste trabalho. À minha família que embora não se encontre neste país, colaborou, incentivando-me a realizar o estudo. Aos meus colegas de mestrado e aos colegas de trabalho que me apoiaram. Às colegas, Dra. Adelaide Belo, Dra. Izilda Viegas e Dra. Margarida Carvalho, pelo constante apoio e incentivo. Ao Conselho de Administração da Unidade local de Saúde do Litoral Alentejano por terem autorizado a colheita de dados. A todos os doentes e familiares que participaram no estudo. À República Portuguesa pela possibilidade de estudar neste País.

Por último, quero expressar os meus agradecimentos a todas as pessoas e instituições que direta e indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

A todos, Muito **Obrigado!**

# RESUMO

A obstipação está presente em mais de 50% dos pacientes com cancro e é considerado como um dos mais aflitivos sintomas causando tanto desconforto físico como emocional. A necessidade de tratar a obstipação no doente oncológico é geralmente devido a uma falha na própria prevenção. Existe pouca literatura nesta área e a investigação é praticamente inexistente. Poder-se-á argumentar que os profissionais de saúde muitas vezes priorizam a monitorização dos efeitos diretos do tratamento e frequentemente descaram os efeitos secundários. Tendo em conta que a obstipação intestinal é em grande parte evitável, existe a necessidade de destacar a importância da prevenção, além de estabelecer diretrizes que permitam uma melhoria na qualidade de vida do doente oncológico. O objetivo deste estudo foi: Determinar a prevalência de obstipação e o impacto em doentes oncológicos, tendo sido formulada a seguinte questão orientadora: *“Constitui a obstipação um sintoma importante, frequentemente identificado, como causa de sofrimento e desconforto no doente oncológico?”*. O estudo baseou-se numa metodologia quantitativa, observacional, descritiva e prospetiva, envolvendo doentes oncológicos em fases avançadas, seguidos em consulta de Doenças Oncológicas e que receberam algum tipo de seguimento no Hospital de Dia do Hospital do Litoral Alentejano, em Santiago do Cacém no período de Janeiro de 2013 a Dezembro de 2013. Para a obtenção dos dados foram utilizadas entrevistas semiestruturadas, realizadas a sessenta e cinco participantes do estudo, adultos, selecionados de acordo com critérios de intencionalidade previamente definidos. As entrevistas foram posteriormente transcritas e analisadas. Para a análise dos resultados quantitativos utilizou-se a análise estatística descritiva.

Os resultados obtidos mais relevantes foram: A prevalência de obstipação nos doentes estudados foi de 58%. 71% Dos doentes, no momento do estudo, já recebiam benefícios e acompanhamento pela equipa intra-hospitalar de Cuidados Paliativos da Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, 35% dos doentes tinham diagnosticado tumores do colon, 14% tumores de pulmão, seguidos em ordem de frequência pelo tumor da mama. 68% Fazia tratamento com algum tipo de opióides, 49% dos doentes objeto de estudo tinham sinais de obstipação habitual e 84% dos participantes faziam tratamento com algum tipo de laxante. Para avaliar o impacto da obstipação no doente oncológico em estadio avançado, foi utilizada uma escala numérica verbal, onde o doente localizou espacialmente a intensidade da repercussão negativa da obstipação.

**Palavras-chave:** obstipação; oncologia; desconforto; cuidados paliativos.



# ABSTRACT

The constipation is present in more than 50% of patients with cancer and is considered as one of the most distressing symptoms causing both physical and emotional discomfort. The need to treat the constipation oncologic patients is usually due to a failure in their own prevention. There is very little literature in the area and the research is almost non-existent. It could be argued that health professionals often prioritize monitoring the direct effects of treatment and often disregard the secondary effects. Considering that the intestinal obstipation is in large part avoidable, there is a need to highlight the importance of prevention, as well as establish guidelines which will allow an improvement in the quality of life in cancer patients. The objective of this study is: to Determine the prevalence of constipation and the impact on cancer patients, having been formulated the following guiding question: "is obstipation an important symptom, often identified as the cause of suffering and discomfort in oncologic patient?". The study was based on a quantitative, observational, descriptive and perspective methodology, involving cancer patients in advanced stages, followed in Oncologic Diseases Consultation and who received some type of follow-up in Hospital de Dia of Hospital do Litoral Alentejano, in Santiago do Cacém in the period from January 2013 to December 2013. For the retrieval of data were used semi-structured interviews, carried out to sixty and five study participants, adults, selected according to previously defined criteria of intentionality. The interviews were transcribed and analyzed. For the analysis of the quantitative results descriptive statistical analysis were used. The small sample size does not allow, however, relate in a decisive way the results demographic, socio-economic or stage of life cycle, with the prevalence of constipation in patient oncology.

The most relevant results obtained were: The prevalence of constipation in patients studied was 58 %. 71% Of the patients, at the time of the study, already receiving benefits and monitoring by intra-hospital team of Palliative Care of the Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, 35% of patients were diagnosed colon tumors, 14% lung tumors, followed in order of frequency by breast tumor. 68% Had some type of treatment with opioids, 49% had signs of regular obstipation and 84% of participants took treatment with some type of laxative. To assess the impact of constipation in oncologic patient in advanced stage, a verbal numeric scale was used, where the patient located spatially the intensity of the negative repercussions of constipation.

**Keywords:** constipation; oncology; discomfort; palliative care.

# ÍNDICE

DEDICATÓRIA .....	III
AGRADECIMENTOS .....	IV
RESUMO .....	V
ABSTRACT .....	VII
ÍNDICE .....	IX
LISTA DE FIGURAS .....	XI
LISTA DE TABELAS .....	XII
LISTA DE GRÁFICOS .....	XIII
LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS .....	XIV
INTRODUÇÃO .....	1
ENQUADRAMENTO .....	1
ÂMBITO E OBJETIVOS .....	4
ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DO RELATÓRIO .....	5
CAPÍTULO 1: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....	6
1.1 O DOENTE ONCOLÓGICO NA FASE TERMINAL OU AVANÇADA .....	6
1.2 OS CUIDADOS PALIATIVOS NO DOENTE ONCOLÓGICO .....	8
1.3 A OBSTIPAÇÃO .....	10
1.4 A OBSTIPAÇÃO COMO SINTOMA FREQUENTEMENTE IDENTIFICADO NOS DOENTES ONCOLÓGICOS .....	15
CAPÍTULO 2: METODOLOGIA .....	21
2.1 TIPO DE ESTUDO .....	21
2.2 OBJETIVOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO .....	21
2.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	22
2.4 VARIÁVEIS .....	23

2.5 INSTRUMENTOS DE MEDIDA DAS VARIÁVEIS .....	23
2.6 PROCEDIMENTOS .....	25
2.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA .....	25
2.8 COMPROMISSOS ÉTICOS .....	26
<b>CAPÍTULO 3: FASE EMPÍRICA .....</b>	<b>27</b>
3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS .....	27
3.1 Características da amostra do estudo.....	27
3.2 Características individuais dos participantes no estudo.....	28
3.3 Características tumorais .....	32
3.4 Características clínicas dos participantes .....	35
3.5 Avaliação da escala numérica.....	40
<b>CAPÍTULO 4: DISCUSSÃO .....</b>	<b>42</b>
<b>LIMITAÇÕES DO ESTUDO .....</b>	<b>55</b>
<b>CONCLUSÕES .....</b>	<b>56</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>70</b>

# LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Escala para quantificação dos efeitos negativos provocados pela obstipação .....	24
---------------------------------------------------------------------------------------------	----

# LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características individuais dos participantes .....	28
Tabela 2 – Características Tumoriais dos participantes .....	32
Tabela 3 – Características clínicas dos pacientes estudados .....	35
Tabela 4 – Impacto do mal-estar: Escala numérica verbal .....	40

# LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Amostra do estudo .....	27
Gráfico 2 – Idade dos pacientes .....	29
Gráfico 3 – Distribuição dos pacientes por sexo.....	30
Gráfico 4 – Nivel de Escolaridade.....	30
Gráfico 5 – Pacientes recebendo cuidados paliativos .....	31
Gráfico 6 – Localização do tumor primário .....	33
Gráfico 7 – Presença de Metástases.....	34
Gráfico 8 – Localização das metástases .....	34
Gráfico 9 – Algumas características clínicas dos pacientes estudados .....	36
Gráfico 10 – Via de utilização dos laxantes .....	37
Gráfico 11 – Padrão de eliminação das fezes .....	37
Gráfico 12 – Consistência habitual das fezes.....	38
Gráfico 13 – Sintomas associados .....	38
Gráfico 14 – Repercussão da obstipação nos pacientes.....	39
Gráfico 15 – Escala Numérica .....	41

# LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

AINEs	Anti-inflamatórios não-esteroides
ANPC	Associação Nacional de Cuidados Paliativos
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CC	Cuidados Continuados
CP	Cuidados Paliativos
DGS	Direção-Geral da Saúde
ENV	Escala Numérica Verbal
HLA	Hospital do Litoral Alentejano
INE	Instituto Nacional de Estatística
IPO	Instituto Português de Oncologia
OMS	Organização Mundial de Saúde
QT	Quimioterapia
SECPAL	Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos
TM	Tumores Malignos
ULSLA	Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano
WHO	World Health Organization
SII	Síndrome do intestino irritável



# INTRODUÇÃO

## ENQUADRAMENTO

O cancro continua a ser uma das doenças mais temidas pela humanidade e um grande problema de saúde pública, com impacto significativo na comunidade em geral e no doente e família em particular. A palavra cancro na sua conotação negativa é associada a fatalismo e sofrimento<sup>1</sup>.

Em 2008 foram diagnosticados 12,4 milhões de casos de cancro em todo o mundo, dos quais 3,4 milhões ocorreram na Europa. Nesse ano, faleceram 7,6 e 1,8 milhões de doentes oncológicos, respetivamente. As estimativas da Organização Mundial de Saúde são de que estes números cresçam para cerca do dobro em 2030<sup>2</sup>.

A observação clínica diária, mostra que são numerosos os doentes oncológicos com necessidades paliativas, não atendidas na sua totalidade. O controlo sintomático constitui um aspeto relevante no seguimento deste tipo de doentes, fundamentalmente aqueles que se encontram numa fase avançada de uma doença incurável e progressiva, apresentando necessidades específicas que interessa identificar e satisfazer. A avaliação cuidadosa da fisiopatologia de cada sintoma é importante para o seguimento individualizado do doente<sup>3</sup>. Existem determinados fatores de risco que são frequentemente menosprezados pelos clínicos diretamente ligados aos cuidados assistenciais, dada a ênfase destas equipas no controlo da doença de base. Desta forma, frequentemente acaba por ser a equipa de paliativos que diagnostica pela primeira vez um problema de longa data.

A obstipação encontra-se dentro dos sintomas mais frequentes em doentes oncológicos, estimando-se que uma elevada percentagem dos doentes com cancro (entre 50 a 95%) irão experimentar obstipação, com maior incidência naqueles que estão a fazer tratamento com opióides<sup>4</sup>. É portanto, um dos sintomas mais determinantes da qualidade de vida dos doentes com cancro. Atualmente considera-se como definição de obstipação no âmbito dos cuidados paliativos: *“A obstipação é a deposição infrequente e difícil de fezes pequenas e duras. Cada pessoa é diferente na sua forma de ponderar os distintos componentes desta definição ao avaliar a sua própria obstipação, e talvez introduza outros fatores, como dor e sensação incomodativa ao defecar, flatulência, distensão ou sensação de evacuação incompleta”*<sup>5</sup>.

Dado que a obstipação é definida fundamentalmente pelo doente, o conceito não especifica nenhuma frequência defecatória. Se no entanto um doente apresentar menos de 3 deposições por semana – como afirmam os critérios de **ROMA III**, para definir a obstipação crónica, recomenda-se uma avaliação mais aprofundada. Nessa perspetiva, dada a natureza subjetiva da obstipação como sintoma, é importante que a anamnese englobe o histórico do hábito intestinal, mudanças dietéticas, uso de medicamentos e repercussões que a obstipação está causando na vida do paciente<sup>6,7</sup>.

As abordagens atuais para avaliar a obstipação em cuidados paliativos são muito diferentes daquelas recomendadas pelas diretrizes gastroenterológicas. No entanto essas alterações às diretrizes podem trazer uma mais-valia para os pacientes de cuidados paliativos e oferecem a oportunidade de desenvolver uma palição personalizada<sup>8</sup>.

Os doentes em cuidados paliativos têm tendência a apresentarem obstipação de forma constante e persistente. Uma avaliação atempada da prisão de ventre permite a identificação das causas de obstipação, constituindo a base para um controlo adequado e individualizado dos

doentes para erradicar ou minimizar as repercussões negativas provocadas por este sintoma (ansiedade, dor abdominal e rectal, distensão abdominal, náuseas, vômitos, retenção urinária e outros efeitos negativos sobre a sensação de bem-estar dos doentes). Em adição, uma intervenção precoce evita complicações relativamente frequentes como: absorção insuficiente de fármacos via oral, Impactação fecal, fissura anal, hemorroidas, obstrução intestinal e perfuração intestinal<sup>9,10</sup>.

Os doentes em cuidados paliativos apresentam maior risco de desenvolver obstipação pela combinação de fatores orgânicos e funcionais, por exemplo, dentro dos orgânicos: fármacos, transtornos metabólicos, alterações neurológicas, anomalias estruturais como massas tumorais pélvicas, fibrose pós-radiação, entre outras, e dentro dos funcionais: relacionadas com a dieta (falta de apetite, pouca ingestão de líquidos), fatores relacionados com o meio ambiente (falta de privacidade) e outros fatores como a idade avançada, acamamento, depressão e sedação<sup>11</sup>.

Quando mais precoces forem as intervenções, maiores são as possibilidades de evitar a instalação da obstipação/obstrução<sup>12</sup>.

Segundo o estudo *“Manejo del estreñimiento en la atención paliativa: recomendaciones clínicas”*, elaborado pela *European Consensus Group on Constipation in Palliative Care*, existe pouca evidência e literatura relacionada com a validação, diagnóstico e tratamento da obstipação em cuidados paliativos<sup>13</sup>.

## ÂMBITO E OBJETIVOS

Este trabalho foi desenvolvido com o intuito de responder a seguinte questão de investigação: *“Constitui a obstipação um sintoma importante, frequentemente identificado, como causa de sofrimento e desconforto no doente oncológico?”*

Determinar a prevalência de obstipação e o impacto em doentes oncológicos, constitui o objetivo principal do estudo. Considerou-se pertinente a realização dum estudo quantitativo, observacional, descritivo e prospetivo, envolvendo doentes oncológicos em fases avançadas, seguidos em consulta de doenças oncológicas e que recebem algum tipo de seguimento no Hospital de Dia, nomeadamente tratamento de quimioterapia, suporte transfusional, e controlo de sintomas, entre outros, no Hospital do Litoral alentejano, em Santiago do Cacém.

## ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DO RELATÓRIO

Para melhor compreensão e desenvolvimento do tema, optou-se por dividir o trabalho em duas partes.

Na primeira parte desenvolveu-se a revisão da literatura onde se descreveu o quadro teórico de suporte à investigação, que é resultado da leitura exploratória de diferentes obras e estudos de investigação e que permitiu fundamentar e clarificar diferentes aspetos relacionados com a temática e alargar o campo dos conhecimentos.

A segunda parte constitui uma descrição fundamentada dos diferentes passos do processo de investigação, onde também são apresentados e interpretados os dados obtidos e a sua discussão. Por último, estão apresentadas as conclusões, dando resposta aos objetivos traçados neste estudo.

Pretende-se assim com este trabalho, fomentar a investigação da obstipação na área dos cuidados paliativos, através da avaliação da sua abordagem, em termos de diagnóstico e reconhecimento como problema frequente que provoca desconforto e sofrimento no doente oncológico.

# Capítulo 1: Fundamentação Teórica

## 1.1 O doente oncológico na fase terminal ou avançada

As doenças oncológicas constituem a segunda principal causa de morte em Portugal e tem um profundo impacto nos doentes, nos familiares e na sociedade em geral, sendo provavelmente as doenças mais temidas pela população em geral.

O controlo da doença oncológica pode e deve ser influenciado a diversos níveis, desde a prevenção primária até aos cuidados paliativos. Os cuidados paliativos devem ser considerados como parte integrante da assistência multidisciplinar a prestar aos doentes e não apenas como o tratamento na fase terminal da doença. O objetivo dos cuidados paliativos é o de proporcionar o máximo conforto físico, psíquico e social ao doente quando a doença é incurável, independentemente do seu curso e da duração da sobrevivência<sup>14</sup>.

A relação médico-doente, no estágio terminal, apresenta problemas específicos que se revestem de grande importância para a ética biomédica. É uma situação complexa porque ultrapassa o limite simplesmente biológico da intervenção médica e configura a relação médico-doente numa dimensão mais profunda e delicada<sup>15</sup>.

Segundo **Astudillo (1996)**, uma doença entra na fase terminal quando:

- Existe um diagnóstico histológico que confirma a doença;
- Há uma não reação do doente ao tratamento específico;
- Estamos perante uma fase avançada, progressiva e incurável da doença;
- Existe um prognóstico de vida, normalmente inferior a 6 meses<sup>16</sup>.

Segundo informação do Plano Nacional de Saúde 2012-2016, considera-se doente em fase terminal da vida (DeFTV) quando o estado clínico indicia uma aproximação da morte, sendo a decisão clínica fundamentalmente dirigida para o alívio de sintomas.

O doente deve ser cuidado com compreensão afetiva e respeito, sem terapêuticas fúteis, no domicílio ou em contexto hospitalar, em ambiente de privacidade e sempre que possível familiar. Todos os cuidados prestados devem conduzir a uma morte digna, socializada, reconhecida e aceite.

O doente em fase avançada, em situação de intenso sofrimento, decorrente de doença incurável e rapidamente progressiva, necessita de cuidados paliativos que promovam o bem-estar e a qualidade de vida possíveis até á morte.

Ao entrar na fase terminal da doença, há uma mudança de objetivos terapêuticos, que deixam de ser curativos e passam a ser paliativos<sup>17</sup>.

## 1.2 Os Cuidados Paliativos no doente Oncológico

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define os cuidados paliativos como uma abordagem holística que tem o intuito de melhorar a qualidade de vida dos doentes, com problemas associados a doenças potencialmente fatais, e a sua família, recorrendo à prevenção e alívio do sofrimento através da identificação precoce, avaliação adequada e tratamento dos diversos problemas, sejam eles físicos, psicológico, sociais ou espirituais<sup>18,19,20</sup>.

Durante muito tempo os doentes fora de possibilidades terapêuticas de cura foram esquecidos pelos serviços de saúde, já que o foco principal da medicina era a cura dos pacientes.

Com o passar dos anos a aceitação e compreensão da morte foi sendo integrada nos cuidados de saúde e, com isso, começaram a ser oferecidos serviços especializados na assistência a estes pacientes<sup>21</sup>. A filosofia dos cuidados paliativos tem vindo a ser desenvolvida, progressivamente, sendo hoje perspetivada como um direito humano, nomeadamente, na Comunidade Europeia. Os doentes com cancro em fase final de vida apresentam diversos sintomas, variando quanto à sua intensidade e frequência<sup>22</sup>. Na prática dos cuidados paliativos é comum os doentes apresentarem mais de um sintoma ao mesmo tempo, decorrente da evolução da doença ou do tratamento<sup>23</sup>.

Os cuidados paliativos: providenciam o alívio da dor e de outros sintomas; afirmam a vida e veem a morte como um processo natural; não têm a intenção de apressar nem de adiar a morte; integram os aspetos psicológicos e espirituais nos cuidados aos doentes; oferecem um sistema de suporte para ajudar os doentes a viverem tão ativamente quanto possível até à morte; utilizam uma abordagem multidisciplinar para atender as necessidades dos doentes e das suas famílias, incluindo o apoio no luto, se indicado; melhoram a qualidade de vida, podendo inclusive influenciar positivamente o curso da doença; são aplicáveis mais precocemente em conjunto com outras



terapias que são destinadas a prolongar a vida, tais como quimioterapia ou radioterapia, e incluem as investigações necessárias para compreender melhor e gerir complicações que podem surgir nos doentes<sup>21,22</sup>.

A avaliação e controlo dos sintomas estão assim incluídos nos princípios dos cuidados paliativos descritos pela OMS, referindo que têm uma grande influência na promoção da qualidade de vida podendo mesmo interferir positivamente no curso da doença. O termo paliativo deriva do latim *pallium* que significa manto ou capa, por isso os cuidados paliativos pretendem como que “encobrir” os sintomas, não só os físicos como os psicológicos e espirituais, com o intuito de promover o conforto e a qualidade de vida<sup>24</sup>.

**Twycross (2003)** resume a abordagem científica ao controlo de sintomas em cinco categorias, nomeadamente a avaliação do sintoma, explicação dos procedimentos antes do tratamento, controlo (através do tratamento individualizado), observação continua com a avaliação do impacto do tratamento e a atenção aos pormenores, não fazendo juízos não fundamentados<sup>24</sup>.

Segundo **Neto (2010)**, O controlo de sintomas consiste em saber reconhecer, avaliar e tratar adequadamente os múltiplos sintomas que surgem no decorrer da doença e que têm repercussões diretas no bem-estar do doente, sendo um dos objetivos básicos dos cuidados paliativos. Este controlo de sintomas está expresso em múltiplos trabalhos de investigação que demonstram que o controlo adequado da dor e de outros sintomas é um fator central na qualidade de vida de doentes com doença avançada<sup>25</sup>. O controlo inadequado dos sintomas ao longo da trajetória da doença não só produz mais sofrimento como pode ter um efeito adverso na progressão da própria doença. Assim, ao se controlarem adequadamente os sintomas pode-se, para além de estar a favorecer a qualidade de vida, aumentar a quantidade da mesma. Sem nunca esquecer que os cuidados paliativos valorizam a vida e consideram que a morte é um fenómeno natural pelo que não a aceleram nem a retardam e que o seu objetivo central é a redução do sofrimento e a promoção da máxima qualidade de vida possível<sup>26</sup>.

## 1.3 A obstipação

Define-se obstipação intestinal como uma frequência de menos de três evacuações por semana ou sensação de evacuação incompleta ou dificuldade de eliminar as fezes<sup>27</sup>.

Outros autores consideram a obstipação como o movimento lento das fezes pelo intestino grosso que tem como consequências o passo de fezes secas e duras, provocando mal-estar e dor<sup>28,29</sup>.

Segundo os critérios diagnósticos de **ROMA III** para os distúrbios gastrointestinais funcionais, na obstipação funcional devem incluir-se os seguintes critérios:

1. Dois ou mais dos seguintes:
  - a. Esforço evacuatório durante pelo menos 25% das defecações;
  - b. Fezes grumosas ou duras em pelo menos 25% das defecações;
  - c. Sensação de evacuação incompleta em pelo menos 25% das defecações;
  - d. Sensação de obstrução/bloqueio ano retal das fezes em pelo menos 25% das defecações;
  - e. Manobras manuais para facilitar pelo menos 25% das defecações (por exemplo, evacuação com ajuda digital, apoio do assoalho pélvico);
  - f. Menos de três evacuações por semana.
2. Fezes moles estão raramente presentes sem o uso de laxantes;
3. Critérios insuficientes para Síndrome do Intestino Irritável (SII).

Estes critérios devem ser preenchidos nos últimos 3 meses com início dos sintomas pelo menos 6 meses antes do diagnóstico<sup>6</sup>.

A obstipação é uma afeção comum, e se bem que os indivíduos que procuram ajuda médica constituem só uma minoria, nos Estados Unidos só esta afeção é responsável por vários milhões de consultas médicas por ano. No Reino Unido em 2006 os médicos de clínica geral emitiram mais de 13 milhões de receitas para laxantes<sup>30</sup>.

Pode ter início na infância, mas apresenta maior prevalência entre os idosos, com aumento aparentemente exponencial após os 65 anos de idade<sup>31</sup>, fato este que pode ser justificado pelo decréscimo de alimentação à base de fibras, redução da mobilidade, fraqueza dos músculos abdominais e pélvicos, comorbidades, fatores psicológicos e uso frequente de medicações<sup>32</sup>.

Os sintomas derivados da obstipação podem variar de leves, não causando impacto importante na qualidade de vida do indivíduo, até graves, quando há grande comprometimento da capacidade funcional, levando os pacientes a considerar a obstipação um quadro ainda mais angustiante do que a dor<sup>33</sup>. Alguns chegam a recusar os analgésicos, a fim de tentar minorar os sintomas da obstipação<sup>34,35</sup>. Observam-se outros sintomas frequentemente associados à obstipação: náuseas, eructações, anorexia, desconforto e cólica abdominal.

A fisiopatologia da obstipação depende das funções do cólon e dos conceitos de motilidade, continência e defecação. O cólon tem como principais funções a absorção de água, eletrólitos, algumas vitaminas, secreção de muco para lubrificação das fezes, síntese de vitamina B e K pelas bactérias colónicas, armazenamento de material fecal para ser excretado e eliminação de resíduos. A transferência do material fecal pelo cólon até o reto é a motilidade; e a peristalse é a movimentação da musculatura do cólon que impulsiona o material fecal – este processo é involuntário e diretamente influenciado pela distensão do lúmen pelas fezes. Estas são constituídas de bactérias, água, gases e resíduos não digeridos no delgado. O tamanho delas está diretamente relacionado à velocidade do trânsito intestinal.

Os movimentos do cólon normalmente são lentos e de dois tipos: movimentos de mistura (contrações haustrais) e propulsivos (movimentos de massa). Os primeiros resultam na absorção de água e eletrólitos e os segundos são os responsáveis pela condução das fezes do intestino delgado até o sigmoide, onde elas ficam armazenadas até ao momento da evacuação. Quando as contrações propulsivas de alta amplitude ocorrem (uma ou duas vezes ao dia), forçam uma massa de fezes para o reto, manifestando-se o desejo evacuatório. O sistema nervoso parassimpático aumenta a frequência e a amplitude dos movimentos e o simpático inibe-os.

As consequências da obstipação intestinal crónica incluem as hemorroidas, a Impactação fecal, o prurido anal e até mesmo a diarreia paradoxal ou diarreia por transbordamento (escape de fezes líquidas após obstipação intestinal prolongada). Importante ressaltar que esses sintomas nos pacientes com rebaixamento do nível de consciência e em cuidados ao fim da vida podem induzir ou agravar um quadro de agitação psicomotora e *delirium*<sup>36,37</sup>.

A obstipação intestinal pode ser classificada em três tipos diferentes:

**1) Obstipação funcional ou primária:**

- Falta de líquidos e fibras na dieta;
- Imobilidade, sedentarismo;
- Falta de privacidade para a evacuação;
- Falta de tempo para defecação.

**2) Obstipação secundária:**

- Anormalidades estruturais ano rectais e do cólon;
  - Estenose anal, má-formação ano rectal, tumores (obstrução intestinal).
- Anormalidades extraintestinais:
  - Doenças endócrinas e metabólicas (hipercalcemia, hipotireoidismo, hiperparatireoidismo, feocromocitoma, diabetes mellitus e insipidus, fibrose cística);

- Neurológicas: anormalidades da medula espinhal (trauma medular, tumor de cauda equina e meningocele), lesões do Sistema Nervoso Central (AVC, Parkinson, esclerose múltipla, paralisia cerebral).

### 3) Obstipação Iatrogénica:

- Uso prolongado e exagerado de laxantes e de drogas como anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), opióides, psicotrópicos, anti convulsivantes, anticolinérgicos, opaminérgicos, diuréticos, bloqueadores de canais de cálcio, sais de ferro, antiácidos à base de cálcio e alumínio, entre outros.

A obstipação intestinal pode ser induzida por diversas drogas comumente utilizadas no tratamento do cancro e dos sintomas provocados pela doença. Os fármacos mais comumente relacionados com a obstipação **Wald (2007)** são os AINEs, aspirina, paracetamol, escopolaminas, antidepressivos tricíclicos, anti-histamínicos, haloperidol, clorpromazina, Benzodiazepinas, ondasetron, anti convulsivantes, bloqueadores dos canais do cálcio e os opióides entre outros<sup>39</sup>.

O manejo da obstipação depende da identificação dos fatores que participam do seu surgimento ou do seu agravamento.

Inicialmente é essencial conhecer a dieta e os hábitos diários. A ingestão de dieta pobre em fibras associada à baixa ingestão de líquidos com frequência participam na génese da alteração do hábito intestinal ou potencializam o efeito constipante dos distúrbios presentes nos pacientes em tratamento de doença oncológica. A atividade física regular constitui um estímulo para o aumento do peristaltismo intestinal. Muitos pacientes oncológicos realizam pouca atividade física, perdendo este estímulo para um funcionamento satisfatório do intestino.

A presença de comorbidades como hipotireoidismo, diabetes mellitus, depressão e síndrome do cólon irritável podem agravar a obstipação e necessitam ser tratadas adequadamente. É necessária uma atenção especial para o uso de medicamentos que contribuem para a obstipação: diuréticos, antiácidos com alumínio, anti-hipertensivos (ex. metildopa), antieméticos (ex. ondasetrona), medicação com cálcio e principalmente com os opióides.

Merecem menção as alterações metabólicas que participam no desenvolvimento da obstipação: hipercalcemia, hipocalemia, hipomagnesemia e hiponatremia. A uremia concorre em alguns casos para o agravamento da obstipação<sup>27,40</sup>.

## **1.4 A obstipação como sintoma frequentemente identificado nos doentes oncológicos**

A obstipação constitui um sintoma e problema de grandes dimensões na atualidade nos doentes oncológicos, sendo frequentemente não identificada e tratada. Geralmente acompanha-se de outros sintomas que provocam angústia e desconforto. Caracterizada por episódios de evacuações difíceis e dolorosas, associados a diminuição da frequência dessas e/ou presença de fezes endurecidas. A obstipação assume natureza multifatorial em doentes sob Cuidados Paliativos<sup>41</sup>.

A presença de obstipação é observada em 40 a 90% dos pacientes oncológicos, predominando nos idosos<sup>27</sup>.

Os resultados de um estudo recentemente realizado em Espanha indicam que o rastreio da obstipação em cuidados paliativos deve basear-se na presença de sinais ou sintomas, considerando-se ambos como fatores associados ao diagnóstico. Neste estudo foram encontrados grupos de pacientes com sinais de função intestinal alterada, mas sem incómodos de obstipação, e pacientes com sintomas de obstipação mas sem sinais<sup>42</sup>.

As causas da obstipação nos pacientes em cuidados paliativos são, conforme referido anteriormente, multifatoriais e envolvem fatores orgânicos, psicológicos, fisiológicos, emocionais e ambientais. Esses pacientes frequentemente fazem uso de medicações que promovem alterações no funcionamento intestinal e, com o agravamento da doença e do grau de debilidade física, tendem a realizar as suas eliminações intestinais no leito e sem a devida privacidade, o que consiste num potente fator inibitório para as evacuações espontâneas.

Na prática, a obstipação nos pacientes com cancro avançado deve-se a uma combinação de fatores relacionados com a própria doença, o seu tratamento e também à debilidade física subjacente.

**Principais causas de obstipação no paciente oncológico:**

- Obstipação relacionada a agentes quimioterápicos;
- Obstipação relacionada a outros medicamentos (opióides, antagonistas 5HT3, diuréticos, anticolinérgicos, antidepressivos, sais de ferro, sedativos, antidiarreicos, haloperidol, anti convulsivantes);
- Oclusão extraluminal (compressão) por lesões tumorais (carcinomatose peritoneal, linfonodomegalias, grandes massas intra-abdominais);
- Oclusão extraluminal por aderências ou fibrose pós-radioterapia;
- Oclusão intraluminal por neoplasia (ex: cancro de cólon);
- Oclusão por intussusceção (ex: melanoma);
- Infiltração neoplásica do mesentério, músculo, nervo ou plexo;
- Íleo metabólico (infecção, distúrbios hidroeletrólíticos);
- Pós-operatório de cirurgias com manipulação de alças intestinais;
- Lesões neurológicas (compressão medular, AVC, lesões em sistema nervoso central (SNC), neuropatia paraneoplásica);
- Ambiente hospitalar (falta de privacidade, local inadequado, fraldas);
- Má nutrição e dieta pobre em líquidos;
- Imobilidade;
- Fecaloma;
- Afeções locais (fístulas, fissuras anais, hemorroidas, entre outras) <sup>43</sup>.

O tratamento da doença neoplásica pode participar das causas da obstipação. Cirurgia intestinal com desenvolvimento de bridas, radioterapia e efeitos colaterais de antitumorais (alcaloides da vinca, oxaliplatina, taxanes, talidomida) são fatores adicionais que interferem no funcionamento intestinal adequado<sup>40</sup>.



A principal causa de obstipação nos primeiros dias após quimioterapia (QT) é o uso de antagonistas 5HT<sub>3</sub> (ex: ondansetrona, granisetrona e palonosetrona) como profilaxia para náuseas e vômitos<sup>43</sup>.

A obstipação é relatada em 95% dos pacientes que usam opióides, conforme anteriormente referido. Estas substâncias ligam-se aos recetores  $\mu$  do intestino, causando retardamento do esvaziamento gástrico, redução do peristaltismo e da secreção intestinal<sup>27</sup>.

Historicamente a obstipação induzida pelos opióides tem sido debilitante para os doentes e dificultoso o seu manejo e controlo. Os opióides são essenciais no controle da dor em pacientes sob cuidados paliativos, e a obstipação intestinal, como efeito colateral frequente, pode induzir tanto pacientes quanto profissionais de saúde a abandonar o seu uso, o que traz grandes prejuízos ao tratamento. Ao contrário do que observamos em outros efeitos colaterais, como náuseas, a obstipação intestinal raramente evolui com melhora após determinado período de uso do opiáceo, o que por vezes motiva o abandono de tratamento, tornando essencial o manejo clínico adequado desse sintoma<sup>44</sup>.

O facto de os opióides provocarem ou agravarem a obstipação não deve obstaculizar o seu uso, pelo que devem ser utilizados em casos de dor, sempre que seja preciso.

Outros autores têm demonstrado que a troca de um opióide por outro pode auxiliar no tratamento da obstipação refratária. A substituição da morfina oral pelo fentanil transdérmico tem resultado na redução do uso de laxantes e no aumento de defecações. Os antagonistas dos opióides (naloxona, metilnaltrexona) são opções terapêuticas em situações sem resposta adequadas aos laxantes<sup>27</sup>.

O paciente oncológico com obstipação necessita de avaliação médica para definir os fatores que estão participando da génese deste sintoma. O exame clínico cuidadoso e os exames complementares adequadamente selecionados, incluindo métodos de imagem, fornecem evidências consistentes para um planeamento terapêutico eficaz.

**Bruera** e colaboradores elaboraram a seguinte lista de perguntas que podem proporcionar um guia útil de avaliação para o diagnóstico da obstipação:

1. O que é considerado normal para o paciente em termos de (frequência, quantidade e tempo)?
2. Quando foi a última evacuação? Qual foi a quantidade, consistência e cor? Será que existe evacuação de sangue nas fezes?
3. O paciente tem qualquer desconforto abdominal, cólicas, náuseas ou vômitos, dor, excesso de gases, ou plenitude retal?
4. O paciente está usando laxantes ou enemas regularmente? O que faz o paciente geralmente para aliviar a prisão de ventre? Isso geralmente funciona?
5. Que tipo de dieta é que o paciente tem? Quanto e que tipo de líquidos toma regularmente?
6. Quais os medicamentos (dose e frequência) que está tomando o paciente?
7. Constitui este sintoma uma mudança recente?
8. Quantas vezes ao dia expulsa flatos<sup>45,46</sup>?

Esta guia constitui um importante apoio para o adequado diagnóstico da obstipação no doente oncológico e pode constituir uma ajuda na prevenção deste problema de saúde, pelo que deve formar parte do adequado interrogatório na avaliação integral dos doentes em cuidados paliativos.

A prevenção da obstipação com diversas intervenções melhora a qualidade de vida dos pacientes e impede o aparecimento de complicações como dores abdominais recorrentes, distensão abdominal e obstrução intestinal. O objetivo principal a ser atingido é manter evacuações confortáveis no mínimo a cada 2 ou 3 dias.

Antecipar o aparecimento da obstipação como problema comum, deve constituir parte do seguimento dos pacientes em fases avançadas da doença; questionar o doente sobre a sua função intestinal habitual, deve sempre formar parte do interrogatório clínico, pois uma identificação dos doentes com risco facilita uma abordagem mais adequada.

A necessidade de tratar a obstipação é geralmente um resultado da falta de prevenção desta condição. Mesmo que a obstipação possa ser considerada evitável, continua a ocorrer normalmente entre pacientes com cancro e é responsável por muitas admissões hospitalares.

Infelizmente, existem muito poucos estudos comparativos publicados e diretrizes baseadas em evidências disponíveis para ajudar a orientar o clínico quanto à escolha adequada de laxante e respetiva dosagem. Devido a isso, os laxantes são frequentemente prescritos de forma inadequada. O tratamento da obstipação geralmente ocorre depois de um problema significativo ter aparecido. Além disso, a manutenção de um regime adequado pode ser mais difícil, já que muitos dos laxantes podem ser facilmente adquiridos, sem os conselhos de profissionais de saúde. **McNicol et al (2003)** estudaram a gestão da obstipação induzida por opióides e outros efeitos colaterais. Eles determinaram que são necessários ensaios bem elaborados para estabelecer eficazmente técnicas de gestão para enfrentar com sucesso estes efeitos secundários<sup>10</sup>.

A avaliação da obstipação é insuficiente na população de doentes oncológicos. Mais estudos são necessários para identificar os regimes mais benéficos para a profilaxia e tratamento da obstipação em pacientes com cancro. Por sua vez, este trabalho de mestrado baseado em evidências literárias pode ajudar no desenvolvimento de uma melhor diretriz de seguimento que melhore o cuidado de pacientes com cancro.

A maior parte dos estudos a nível internacional mostram que a obstipação intestinal no doente com cancro é pobremente avaliada e tratada. São diversas as razões para a subidentificação e subtratamento da obstipação intestinal, tais como: estimativa inadequada da sua prevalência, e do seu impacto negativo na qualidade de vida de doentes com cancro; conhecimento inadequado dos profissionais sobre o controlo do sintoma; disponibilidade limitada na literatura de estratégias e métodos validados e confiáveis para avaliação adequada do sintoma nessa população; e controvérsia quanto ao planeamento do tratamento e da prevenção<sup>47,48,49</sup>.

Investigar na área do controlo sintomático deve constituir um objetivo prioritário dentro do seguimento e acompanhamento dos doentes oncológicos para melhorar a qualidade e expectativa de vida, fundamentalmente em fases avançadas da doença.

# Capítulo 2:

## Metodologia

### 2.1 Tipo de estudo

Elaborou-se um estudo quantitativo, observacional, descritivo e prospetivo, envolvendo doentes seguidos em consulta de Doenças Oncológicas e que recebem algum tipo de seguimento no Hospital de Dia do Hospital do Litoral alentejano, em Santiago do Cacém.

### 2.2 Objetivos e questões de investigação

#### **Pergunta de Investigação:**

*“Constitui a obstipação um sintoma importante, frequentemente identificado, como causa de sofrimento e desconforto no doente oncológico?”*

#### **Objetivo principal (geral) do trabalho:**

Determinar a prevalência de obstipação e o impacto em doentes oncológicos.

#### **Objetivos secundários (específicos) do trabalho:**

1. Determinar a proporção de doentes com obstipação numa série consecutiva de doentes com cancro;

2. Caracterizar a população de doentes oncológicos com obstipação segundo:
  - Dados sociodemográficos;
  - Características individuais, clínicas e tumorais dos doentes;
3. Determinar eventuais fatores associados à obstipação;
4. Avaliar o impacto da obstipação no doente oncológico através de uma escala numérica verbal.

## 2.3 População e amostra

### **Universo:**

Totalidade de doentes oncológicos em fases avançadas, atendidos na consulta do Hospital de Dia do Hospital do Litoral Alentejano em Santiago do Cacém – Portugal no período de Janeiro de 2013 a Dezembro de 2013.

### **Amostra:**

A amostra foi constituída por um número consecutivo de doentes oncológicos atendidos na consulta de Doenças Oncológicas e em Hospital de Dia no Hospital do Litoral Alentejano em Santiago do Cacém, que cumpram os seguintes critérios de inclusão no estudo: (idade igual ou superior a 18 anos, diagnóstico de cancro, com doença oncológica ativa, presença de obstipação, capacidade para autoavaliação numa escala de avaliação numérica).

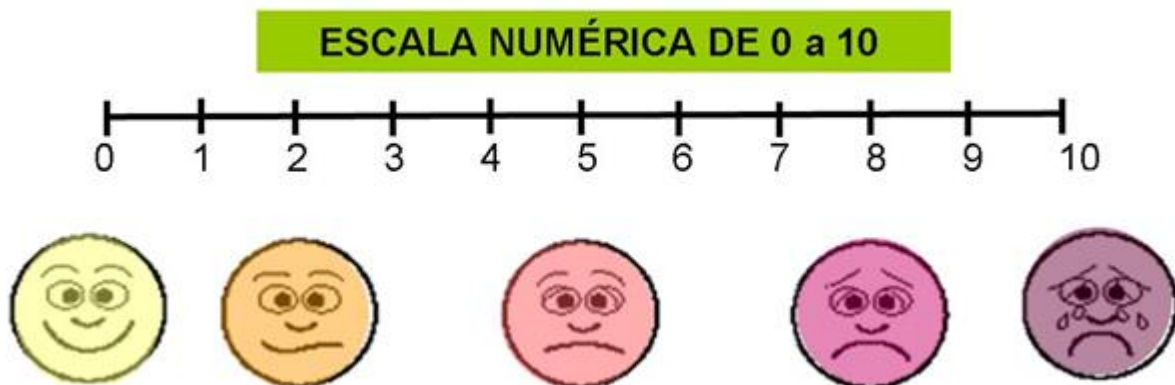
## 2.4 Variáveis

- **Sociodemográficas:** idade, sexo, raça, escolaridade;
- **Clínicas:** localização do tumor, presença de metástases, medicação (uso de laxantes, tratamento com opióides), confinamento ao leito. Recebendo os não benefícios de cuidados paliativos;
- **Padrão habitual de eliminação fecal (últimos 3 meses):** número de vezes/semana;
- **Consistência habitual das fezes (últimos 3 meses):** moles, duras, normais;
- **Sintomas associados a obstipação:** dor, incómodos, sensação de evacuação incompleta;
- **Impacto do mal-estar:** escala numérica verbal (ENV) (0-10);
- **Impactação fecal:** Acumulação de fezes duras no recto que requer esforços pouco habituais para retirar-lhas: extração manual, enemas a repetição ou uso intensivo de laxantes via oral.

## 2.5 Instrumentos de medida das variáveis

As variáveis estudadas foram obtidas através dum questionário (anexo 4), aplicado pelo autor do trabalho e a aplicação de uma escala visual numérica (anexo 5), para a avaliação da repercussão da obstipação no doente oncológico em fases avançadas.

Utilizei uma escala visual numérica para quantificar os efeitos negativos provocados pela obstipação. Decidi adicionar imagens das faces para uma melhor compreensão e interpretação pelos doentes. Pretende-se que o doente faça a equivalência entre os efeitos negativos provocados pela obstipação e uma classificação numérica.



Legenda:

Grau	Significado referente aos efeitos negativos provocados pela obstipação
0	Ausência de mal-estar
1 a 3	Ligeiro desconforto
4 a 6	Moderado desconforto
7 a 9	Severo desconforto
10	Desconforto intolerável

**Figura 1 – Escala para quantificação dos efeitos negativos provocados pela obstipação**



## 2.6 Procedimentos

O estudo foi efetuado no Hospital do Litoral Alentejano em Santiago do Cacém. A recolha de informação foi feita pelo autor do trabalho, através da aplicação de questionários, que começou em Janeiro do ano de 2013.

Previamente foi efetuado o pedido de autorização para realizar o estudo ao Conselho de administração e comissão de Ética do Centro hospitalar. Os pedidos foram acompanhados com o instrumento de colheita de dados que pretendia aplicar para realizar o estudo.

As respostas obtidas pela Comissão de Ética e o Conselho de administração foram favoráveis á realização deste trabalho de investigação (anexo 2).

Os participantes foram selecionados conforme os critérios de inclusão desde estudo. Após a apresentação pessoal do investigador, a apresentação geral do estudo e da sua finalidade era pedido para lerem o consentimento informado.

O consentimento informado garantia a confidencialidade dos dados o anonimato, a liberdade de participação ou de abandono. Foi ainda solicitado a assinatura do participante que confirma seu consentimento de participação neste estudo (anexo 3).

## 2.7 Análise estatística

### **Método estatístico:**

A estatística descritiva (média, desvio padrão, mediana, percentagem com 95% de intervalo de confiança) foi usada para a caracterização geral da população e dos dados.

## 2.8 Compromissos éticos

Para realização deste estudo, nenhum doente viu a sua rotina de avaliação, de tratamento e de seguimento clínico alterada. A confidencialidade dos doentes esteve garantida pelo uso exclusivo do número de processo clínico do doente em base de dados encriptada cujo acesso foi restrito ao autor e orientador do trabalho.

Foi aplicado um questionário pré-teste de forma aleatória a 5 doentes.

Foram solicitadas as devidas autorizações aos participantes (consentimento informado), assim como ao Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, e à comissão de ética desta entidade.

# Capítulo 3: Fase Empírica

## 3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

### 3.1 Características da amostra do estudo

Dos doentes oncológicos em fases avançadas da doença, que receberam atenção médica no hospital de dia e na consulta de doenças oncológicas do HLA, (um total de 112 doentes), após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, obtivemos 65 participantes, que representam o 58%, constituindo a amostra deste estudo (Gráfico 1).

Foram excluídos 47 doentes (42%), dos quais 39% não tinham sinais de obstipação e 3% não tinham capacidade para autoavaliação numa escala de avaliação numérica.

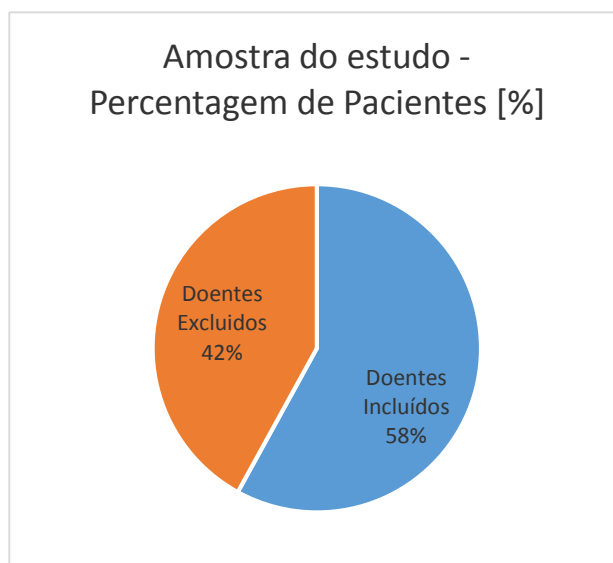


Gráfico 1 – Amostra do estudo

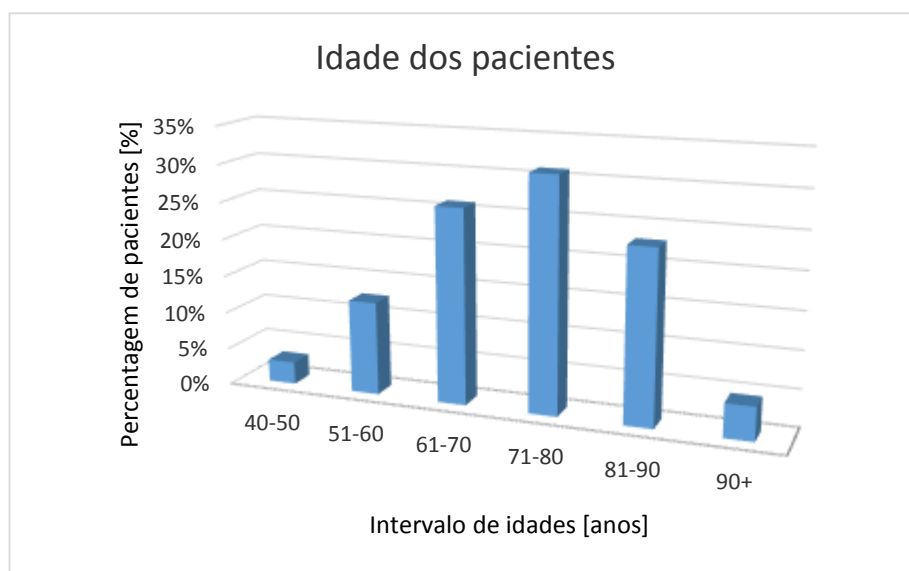
**3.2 Características individuais dos participantes no estudo**

Variável		Número	Percentagem [%]
Idade (anos)	40 a 50 anos	2	3%
	51 a 60 anos	8	12,5%
	61 a 70 anos	17	26%
	71 a 80 anos	20	31%
	81 a 90 anos	15	23%
	mais de 90 anos	3	4,5%
Sexo	Masculino	34	52%
	Feminino	31	48%
Raça	Caucasiana	63	97%
	Negra	1	1,5%
	Mestiça	1	1,5%
Escolaridade	Iletrado	13	20%
	Básico	38	58%
	Secundário	9	14%
	Superior	5	8%
Recebendo Cuidados Paliativos	Menos de 1 mês	29	45%
	Mais de 1 mês	17	26%

Tabela 1 – Características individuais dos participantes

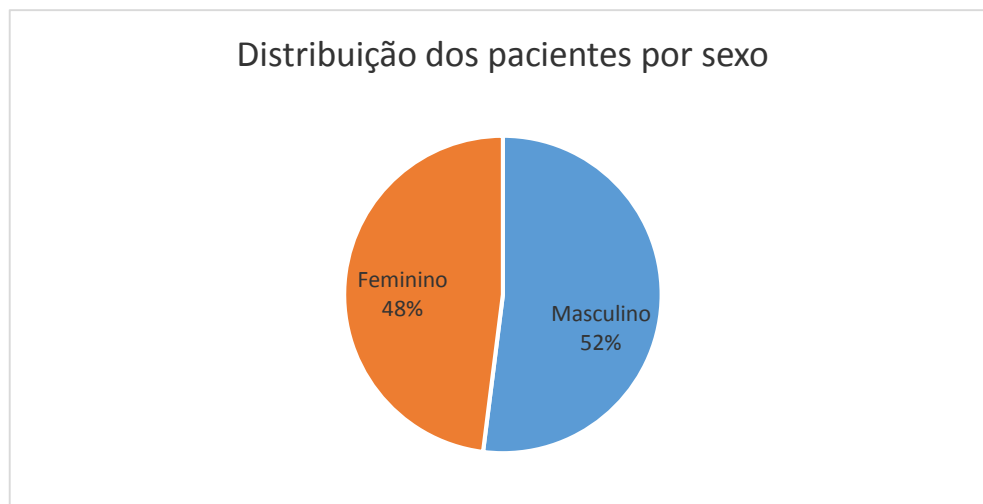
A idade dos participantes no estudo é representada através do gráfico 2. Como se pode verificar, existe uma variação das idades entre o mínimo de 40 anos e um máximo de 95 anos. A média das idades é de 72,72 anos, o desvio padrão ( $\sigma$ ) é de 11,74 anos com uma mediana de 73,48 anos.

Relacionado com a raça, 97% dos participantes são caucasianos, o que representa uma distribuição própria da região onde foi desenvolvido o estudo.



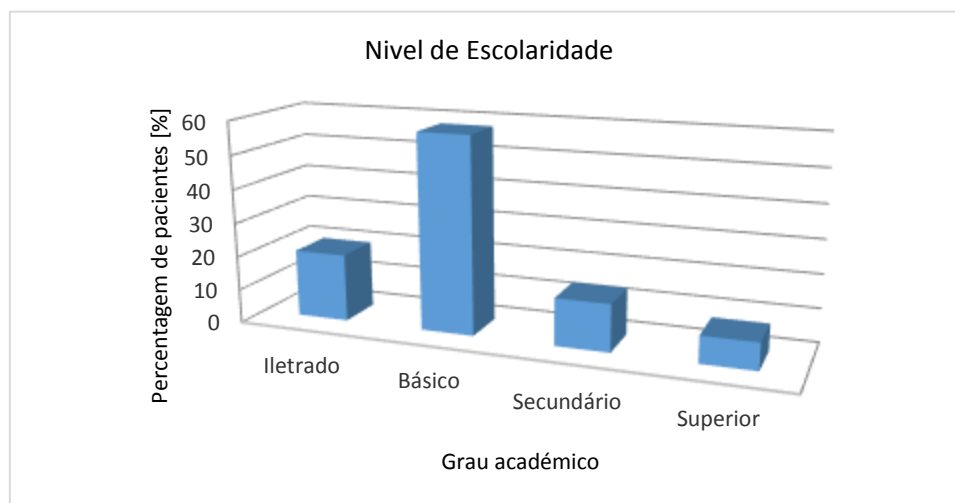
**Gráfico 2 – Idade dos pacientes**

A distribuição por sexo apresenta-se no gráfico 3 comportando-se de forma idêntica, ou seja, 52% dos participantes pertencerem ao grupo dos masculinos e 48% ao feminino.



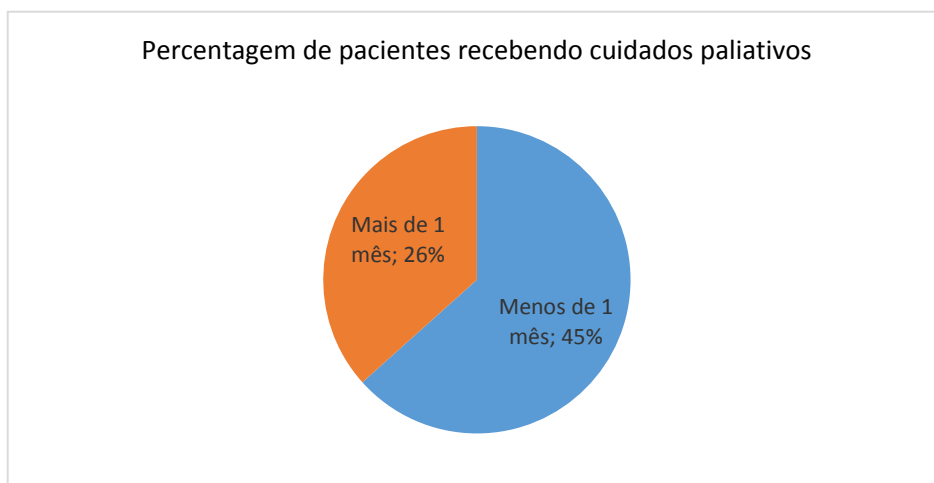
**Gráfico 3 – Distribuição dos pacientes por sexo**

No gráfico 4, aparece o nível de escolaridade, observando-se que a maior percentagem corresponde ao nível básico (58%), seguido em ordem de frequência pelos iletrados que representam 20% da amostra estudada.



**Gráfico 4 – Nível de Escolaridade**

No gráfico 5 apresenta-se a distribuição de doentes, que no momento do estudo já recebiam benefícios e acompanhamento pela equipa intra-hospitalar de Cuidados Paliativos da Unidade Local de Saúde do Litoral alentejano (71% dos participantes), sendo que 26% dos doentes recebiam benefícios com menos de 1 mês de acompanhamento, e 45% tinham sido acompanhados por um período mais prolongado.



**Gráfico 5 – Pacientes recebendo cuidados paliativos**

### 3.3 Características tumorais

Localização do tumor primário	Número	Percentagem
Colon	23	35%
Pulmão	9	14%
Mama	5	8%
Útero e anexos	5	8%
Vias biliares e pâncreas	5	8%
Próstata	4	6%
Estômago	3	4,5%
SNC	2	3%
Intestino delgado	3	4,5%
Bexiga	1	1,5%
Rim	1	1,5%
Hepatocelular	1	1,5%
Origem desconhecida	3	4,5%

Presença de metástases	Número	Percentagem
Uma	30	46%
Duas ou +	19	29%

Local da presença de metástases	Número	Percentagem
Hepáticas	25	38%
Ósseas	17	26%
Pulmão	16	25%
Ganglionar	17	26%
Cerebrais	5	8%
Peritoneais	4	6%
Cutâneas	2	3%

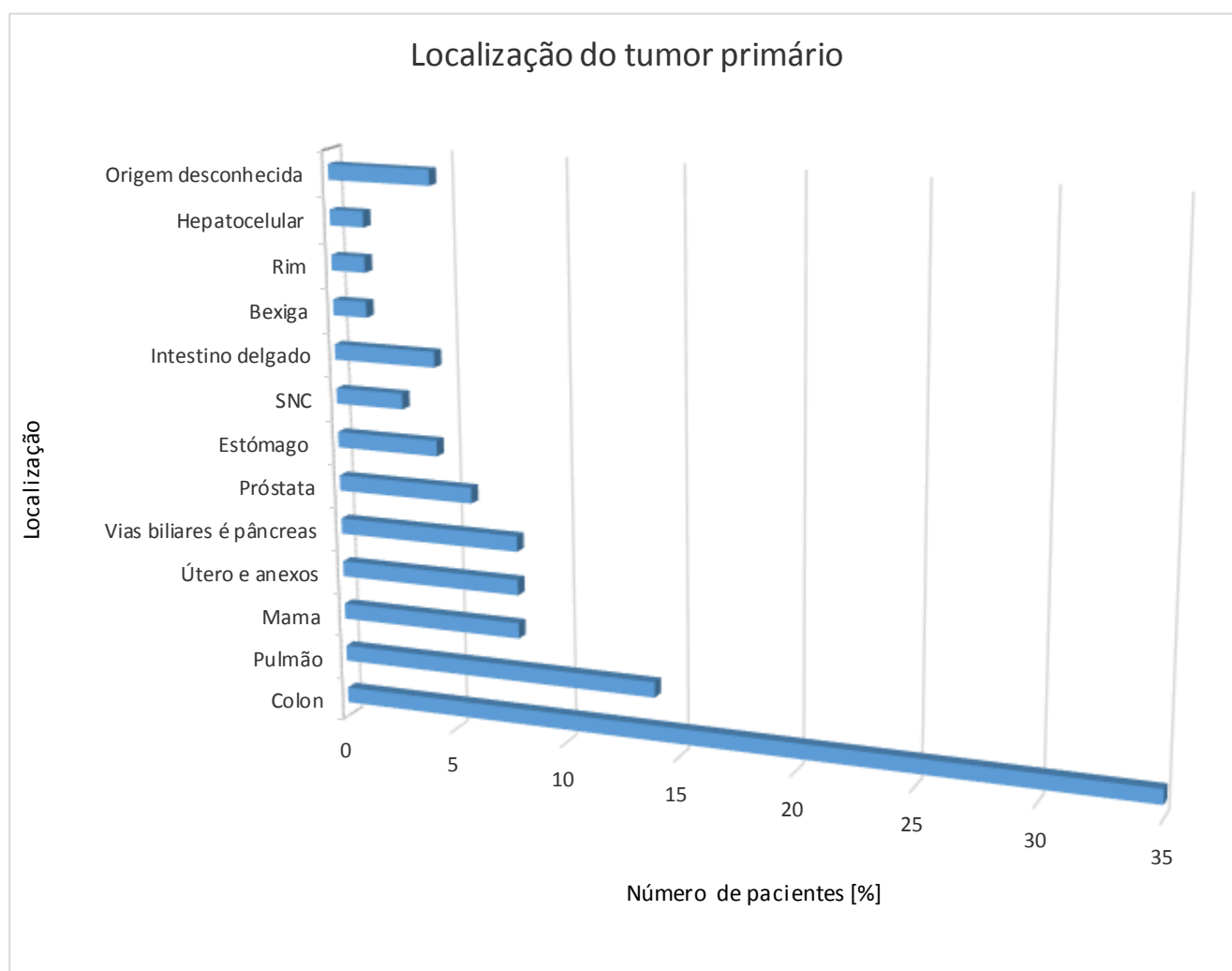
Tabela 2 – Características Tumorais dos participantes



No gráfico 6 apresenta-se a distribuição de doentes segundo localização do tumor primário. Verificou-se que as maiores percentagens correspondem a tumores do colon (35%) e tumores de pulmão (14%), seguidos em ordem de frequência pelo tumor da mama, tumores de útero e anexos, tumores das vias biliares e pâncreas.

Outras localizações aparecem representadas em percentagens poucos representativos.

4,5% Dos doentes tinham um tumor primário de origem desconhecida.



**Gráfico 6 – Localização do tumor primário**

No gráfico 7 mostram-se a presença de metástases, sendo que 61% dos doentes com metástases, apresentam lesões únicas e em 39% verificamos a presença de secundarização em vários locais, ou seja metastização múltipla. No Gráfico 8, aparece a distribuição da localização das metástases, observando-se de forma predominante as metástases hepáticas em 38% dos doentes estudados, seguidas em ordem de frequência pelas ósseas (26%), as ganglionares e as de pulmão, com 26% e 25% respectivamente.

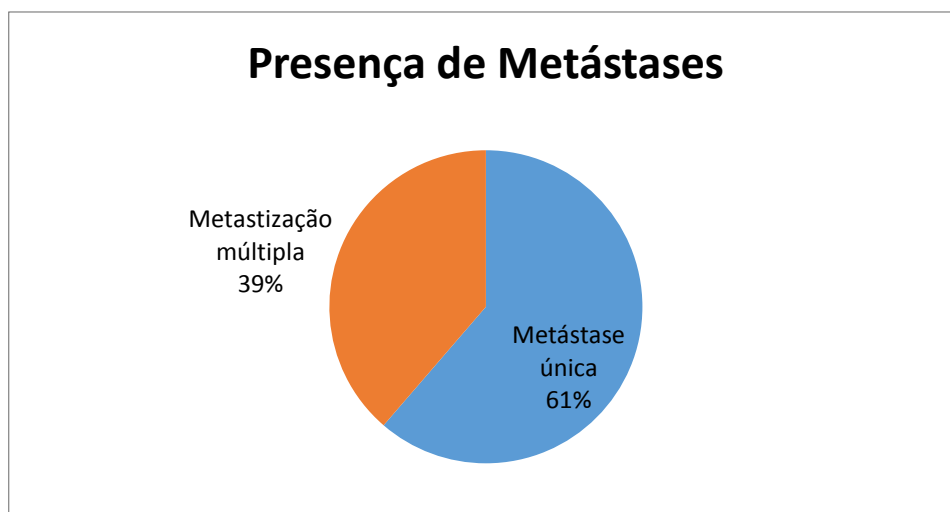


Gráfico 7 – Presença de Metástases

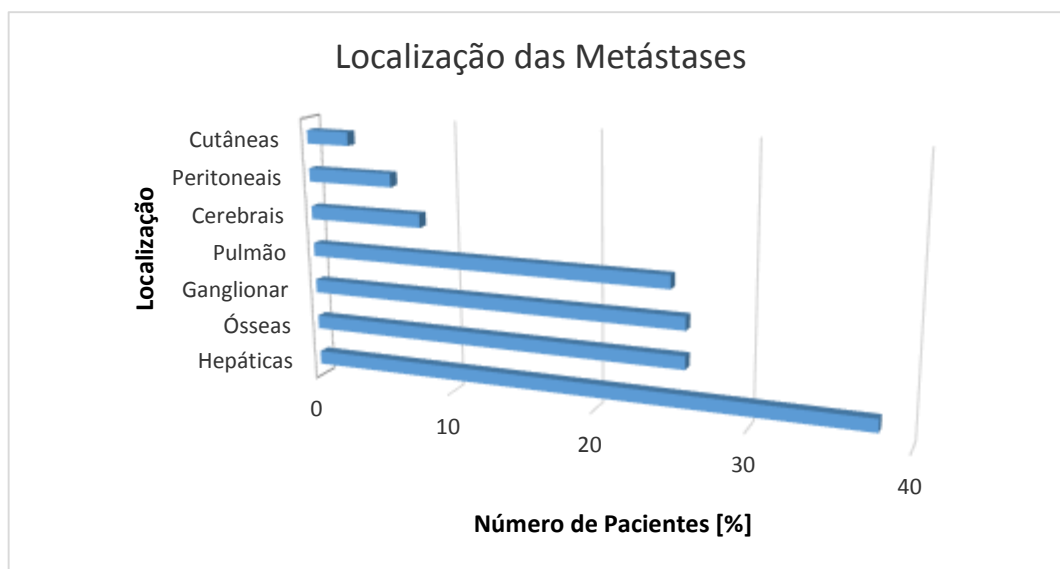


Gráfico 8 – Localização das metástases

**3.4 Características clínicas dos participantes**

<b>Características Clínicas</b>	<b>Número</b>	<b>Percentagem</b>
Confinamento ao leito	19	29%
Sinais de obstipação habituais	32	49%
Medicado com opióides	44	68%

<b>Uso de Laxantes</b>	<b>Número</b>	<b>Percentagem</b>
Orais	38	58%
Via rectal	16	25%

<b>Padrão de eliminação fecal [Número de vezes por semana]</b>	<b>Número</b>	<b>Percentagem</b>
1 vez x semana	17	26%
2 vezes x semana	43	66%
3 vezes x semana	5	8%

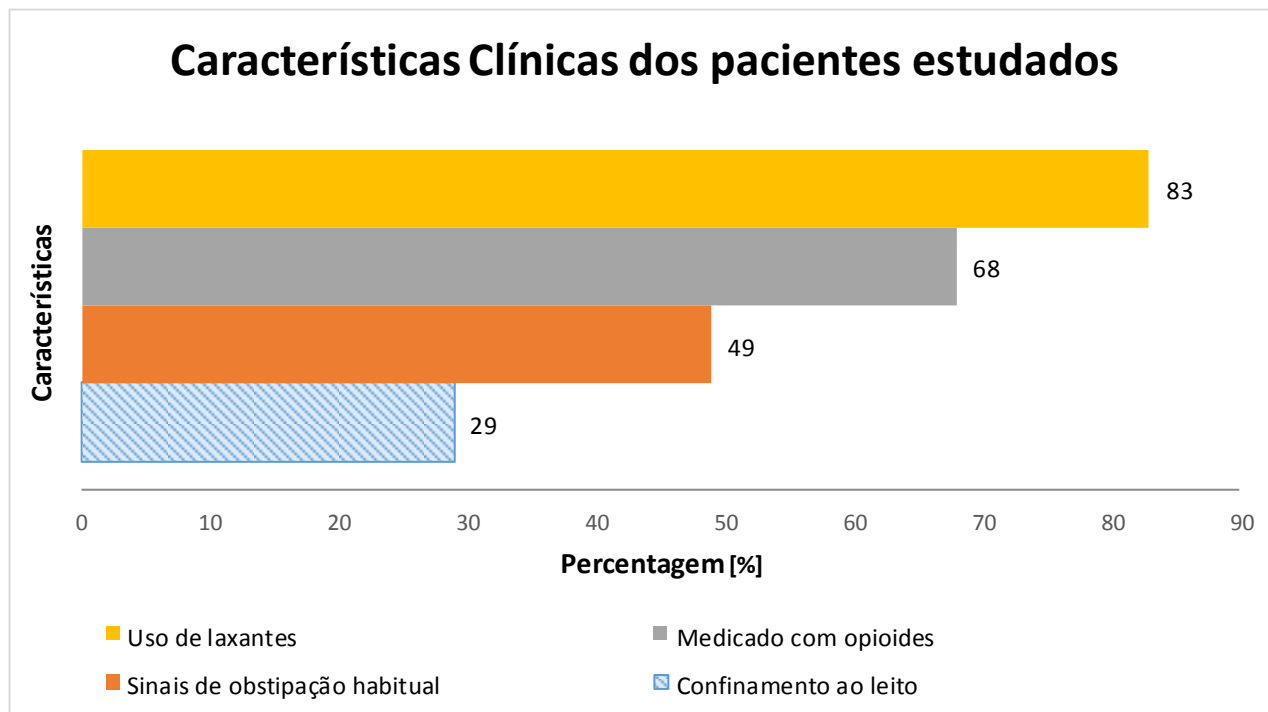
<b>Consistência habitual das fezes</b>	<b>Número</b>	<b>Percentagem</b>
Moles	10	15%
Duras	42	65%
Normais	13	20%

<b>Sintomas associados</b>	<b>Número</b>	<b>Percentagem</b>
Dor	39	60%
Incómodos	44	68%
Sensação de evacuação incompleta	16	25%

<b>Consequências da obstipação</b>	<b>Número</b>	<b>Percentagem</b>
Impactação fecal	5	8%
Extração manual	7	11%
Repetição no uso de enemas	9	14%
Uso intensivo de laxantes via oral	18	28%

Tabela 3 – Características clínicas dos pacientes estudados

No gráfico 9 são mostradas algumas características clínicas dos doentes estudados, verificando-se que 29% dos participantes encontravam-se acamados, 68% fazia tratamento com algum tipo de opióides, 49% dos doentes tinham sinais de obstipação habitual e 84% dos participantes levavam tratamento com algum tipo de laxante.



**Gráfico 9 – Algumas características clínicas dos pacientes estudados**

A via de utilização dos laxantes apresenta-se no gráfico 10, verificando-se que 58% dos participantes utilizavam a via oral, enquanto 25% recorriam à via retal.

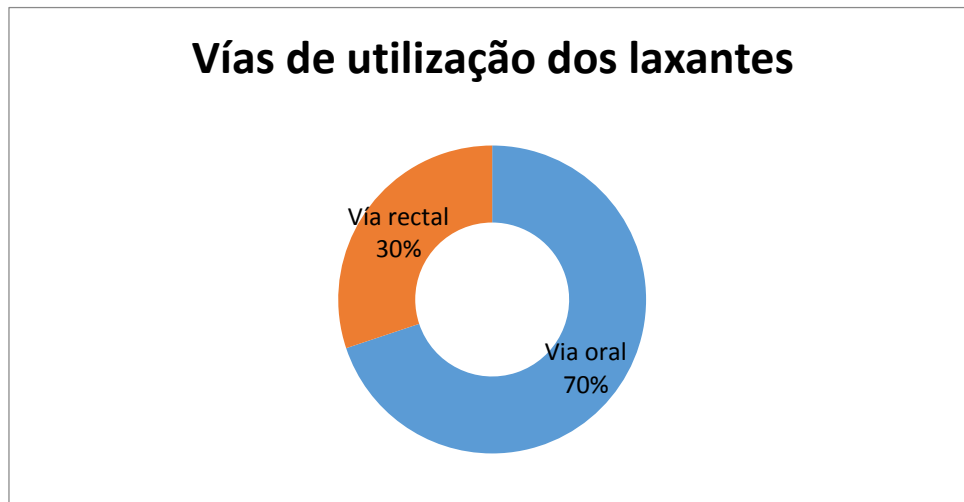


Gráfico 10 – Via de utilização dos laxantes

Relacionado com a frequência defecatória, no gráfico 11 verificou-se que 66% dos doentes tinham um padrão de eliminação fecal de duas vezes por semana, 26% uma vez por semana e 8% dos doentes estudados três vezes por semana.

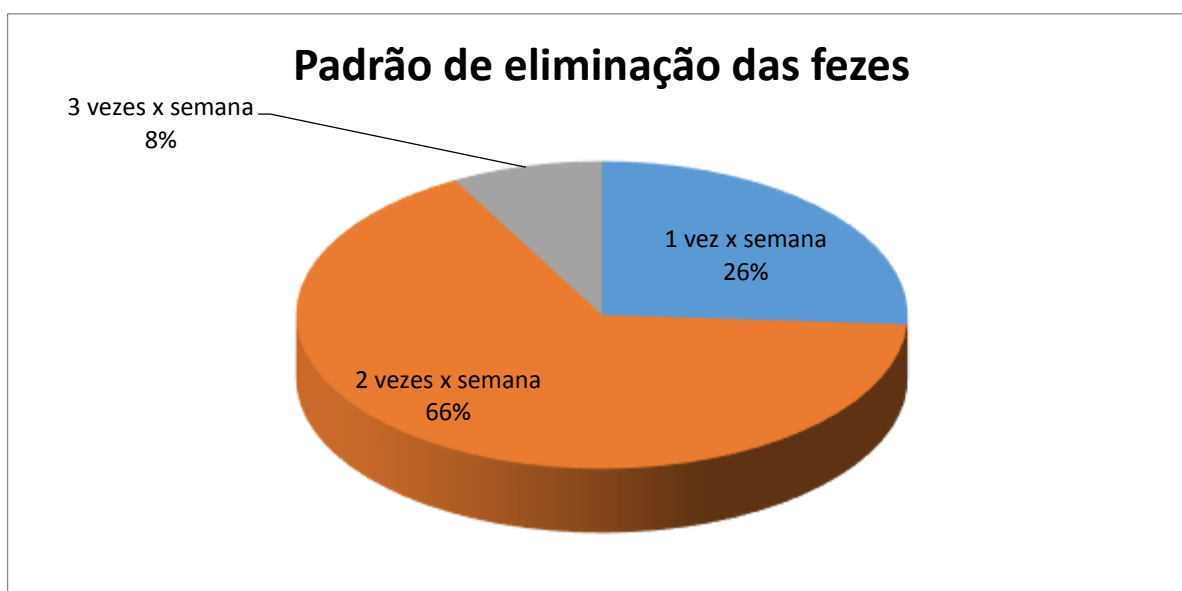
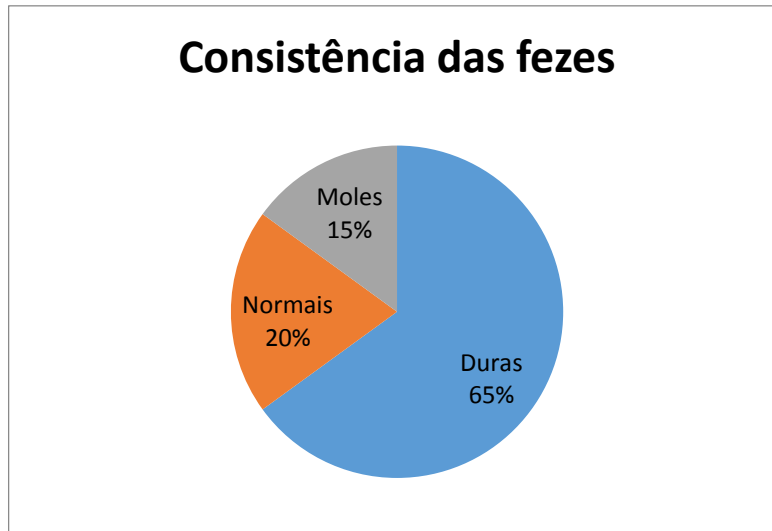


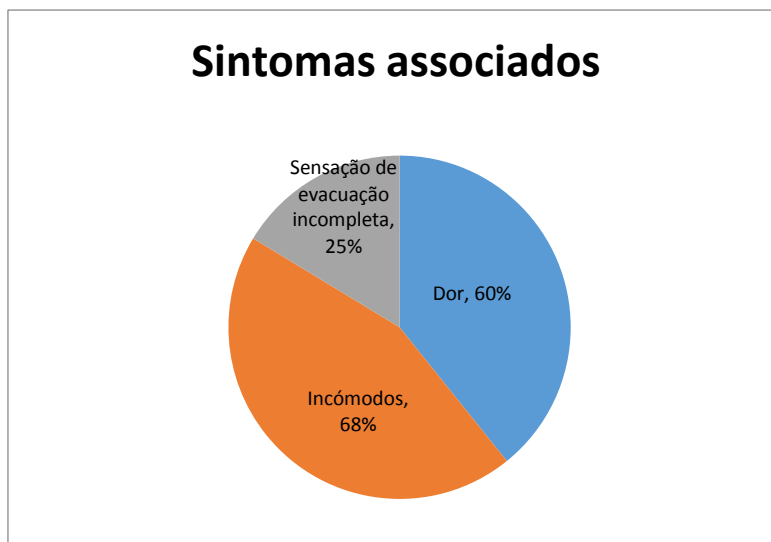
Gráfico 11 – Padrão de eliminação das fezes

No gráfico 12 apresenta-se a consistência das fezes referidas pelos doentes, sendo que 65% referiam ter fezes duras



**Gráfico 12 – Consistência habitual das fezes**

60% Dos participantes referem dor como principal sintoma associado à obstipação, 68% dos doentes referiram incómodos e 25% sensação de evacuação incompleta. (Gráfico 13).



**Gráfico 13 – Sintomas associados**

No gráfico 14, aparecem representadas situações como a repercussão da obstipação, verificando-se que 28% dos doentes precisaram de uso intensivo de laxantes pela via oral. 14% necessitou de recorrer à utilização repetitiva de enemas, enquanto 11% recorreu à extração manual e 5 doentes (8%) apresentaram quadros de Impactação fecal resolvidos com ajuda de pessoal qualificado.



**Gráfico 14 – Repercussão da obstipação nos pacientes**

### **3.5 Avaliação da escala numérica**

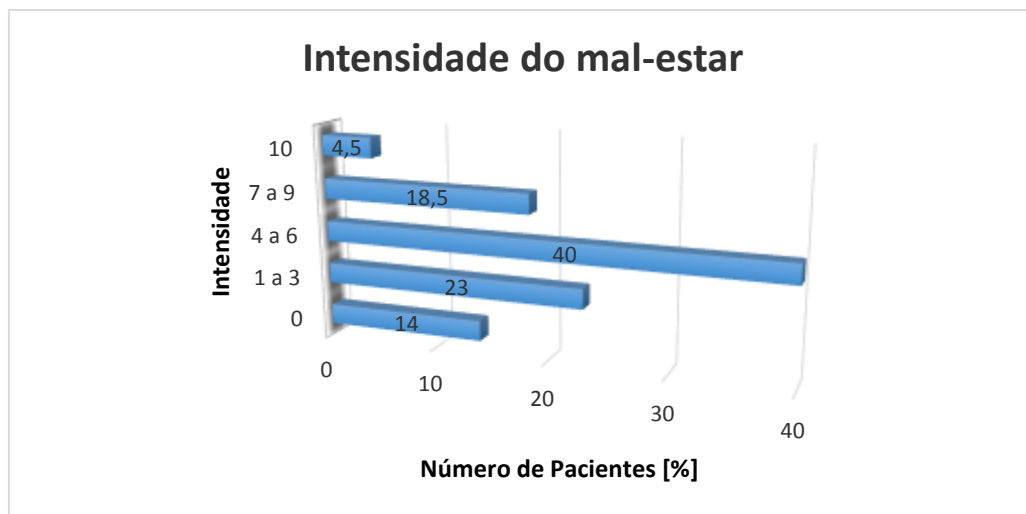
Para avaliar o impacto da obstipação no doente oncológico em estadio avançado, foi decidido utilizar uma escala numérica verbal, sendo que os resultados são apresentados na tabela número 4. O doente localizou espacialmente a intensidade da repercussão negativa da obstipação, na que: 0 corresponde a ausência de mal-estar ou desconforto e 10 (o pior desconforto imaginado) significa que pode interferir nas atividades da vida diária dos doentes.

<b>Intensidade do mal-estar</b>	<b>Número</b>	<b>Percentagem</b>
<b>0 - Ausência de mal-estar</b>	9	14%
<b>1 a 3 - Mal-estar ligeiro</b>	15	23%
<b>4 a 6 - Mal-estar moderado</b>	26	40%
<b>7 a 9 - Mal-estar severo</b>	12	18.5%
<b>10 - Mal-estar intolerável</b>	3	4.5%

**Tabela 4 – Impacto do mal-estar: Escala numérica verbal**



Pode verificar-se no gráfico 15 que na avaliação da repercussão da obstipação nos doentes estudados a maior percentagem refere mal-estar moderado (40%), 23% mínimo, 18,5% severo, 4,5% mal-estar intolerável e 14% não manifestou nenhum mal-estar.



**Gráfico 15 – Escala Numérica**

# Capítulo 4: Discussão

## 4.1 Comentários gerais e prevalência da obstipação no doente oncológico em fases avançadas

O cancro é a principal causa de morte antes dos 70 anos de idade (isto é, a principal causa de morte prematura) e, no conjunto das causas de mortalidade em todas as idades, ocupa o segundo lugar depois das doenças cérebro-cardiovasculares<sup>14</sup>.

Segundo as taxas de mortalidade padronizadas por distrito em Portugal, o risco de morrer por neoplasia é mais acentuado nos distritos de Setúbal, Lisboa, Faro e Porto<sup>50</sup>.

O número de doentes diagnosticados com doenças oncológicas tem vindo a aumentar progressivamente nos últimos anos. Esta investigação foi realizada na Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, pertencentes ao distrito de Setúbal. A amostra deste estudo é constituída por 65 participantes, que representam 58% dos doentes oncológicos em fases avançadas, que foram seguidos na consulta de Doenças oncológicas e que receberam algum tipo de seguimento no Hospital de Dia do Hospital do Litoral Alentejano, em Santiago do Cacém, no primeiro quadrimestre do ano de 2013. Foram excluídos 47 doentes que não cumpriam os critérios de inclusão estabelecidos. O motivo de exclusão em maior número foi devido aos participantes não manifestarem sinais de obstipação (39%) e 3% não terem capacidade para autoavaliação numa escala de avaliação numérica.

A prevalência da obstipação eleva-se a 52% no estudo de **Walsh, Donnely e Rybicki (2000)** e é frequente em doentes oncológicos, especialmente na fase de doença avançada, por diminuição da atividade física, permanência na cama, medicamentos, hidratação e alimentação deficitária<sup>51</sup>.

A obstipação é uma complicação frequente, angustiante, e subestimado em pacientes com cancro avançado. Identificar a tempo a obstipação evita o risco de provocar complicações e ajuda a diminuir o desconforto que provoca nos doentes.

A obstipação deve ser prevenida para evitar situações mais complicadas como a oclusão intestinal. **Pacheco, Matos e Madureira (2010)** referem que quanto mais precoces forem as intervenções, maiores são as possibilidades de se evitar o instalar de uma obstipação/oclusão<sup>52</sup>.

A prevalência da obstipação em pacientes de cuidados paliativos varia em diferentes pesquisas de acordo com a população de pacientes estudados. As estimativas mundiais de prevalência variam de 32% a 87%<sup>53,54</sup>.

Os resultados de nossa investigação mostram uma prevalência de obstipação de 58%, que coincide com as investigações realizadas por outros autores.

Num estudo realizado no Hospital Terrassa de Barcelona encontraram uma prevalência de 50 a 65%, sendo que dentro deste grupo 40% dos doentes não se encontravam controlados e tratados<sup>55</sup>.

**Bruera (1994)** realizou um estudo em doentes com cancro avançado e encontrou uma incidência de obstipação entre 50 a 78% dos pacientes estudados. Outros autores estudados encontraram resultados similares<sup>5,35,56</sup>.

Em cuidados paliativos a obstipação é o terceiro sintoma mais comum depois da dor e da anorexia. Podemos deduzir que de acordo com a prevalência de obstipação em doentes oncológicos em fases avançadas e com necessidades de Cuidados Paliativos, é muito provável que este problema de saúde esteja infra diagnosticado e tratado de forma inadequada, provocando frequentemente um impacto negativo nos doentes que o padecem.

## **4.2 Características individuais dos participantes no estudo**

A idade dos participantes no estudo é representada através do gráfico 2. Como se pode verificar, existe uma variação das idades entre o mínimo de 40 anos e um máximo de 95 anos. A média das idades é de 72,72 anos, o desvio padrão ( $\sigma$ ) de 11,74 anos com uma mediana de 73,48 anos.

Pode observar-se que a idade varia desde adultos jovens até idades muito avançadas. Esta informação está de acordo com a Estratégia para o Desenvolvimento do Programa Nacional de Cuidados Paliativos 2011-2013 que refere que os cuidados paliativos se destinam a pessoas de qualquer idade que deles necessitem<sup>57</sup>.

As “guidelines” da prática clínica de CP assinala que a população atendida inclui pacientes de todas as idades que sofrem uma doença debilitante crónica ou condição ou lesão com risco de vida<sup>58</sup>.

A distribuição por sexo na amostra foi semelhante, apenas com a diferença de 4% entre ambos grupos. 52% Dos participantes pertencem ao grupo dos masculinos e 48% ao feminino. Não foram encontrados estudos similares que analisem a distribuição por sexo.

Alguns estudos mostram que a obstipação é um sintoma três vezes mais frequente em mulheres que em homens<sup>59</sup>.

Relacionado com o nível de escolaridade, foi observando que a maior percentagem corresponde ao nível básico (58%), seguido em ordem de frequência pelos iletrados que representam 20% da amostra estudada.

Estudos internacionais mostram que a obstipação é significativamente mais comum entre as pessoas de baixos rendimentos económicos e com nível educacional mais baixo<sup>60,61</sup>.

Esta investigação foi realizada numa região de Portugal onde predomina um baixo nível de escolaridade. Os Censos de 2011, do INE, revelam que a taxa de analfabetismo em Portugal é de 5.23%, um valor que quase duplica na região do Alentejo<sup>62</sup>.

O envelhecimento da estrutura etária da população constitui claramente um fator explicativo relativamente à escolaridade obrigatória mínima.

No gráfico 5 apresenta-se a distribuição de doentes, que no momento do estudo já recebiam benefícios e acompanhamento pela equipa intra-hospitalar de Cuidados Paliativos da Unidade Local de Saúde do Litoral alentejano (71% dos participantes), sendo que 26% dos doentes recebiam benefícios com menos de 1 mês de acompanhamento e 45% tinham sido acompanhados por um período mais prolongado.

Como refere **Moreira (2001)**, numa época em que todos os esforços são direccionados para prolongar a vida e retardar a morte, tem surgido progressivamente a preocupação de reverificar os cuidados prestados aos doentes em situação paliativa<sup>63</sup>.

**Bruera e Elsayen (2004)** evidenciaram o impacto da atuação de uma unidade hospitalar de Cuidados Paliativos para doentes oncológicos a nível da redução do sofrimento por sintomas descontrolados e da redução de custos quando comparados com uma unidade de internamento convencional de agudos<sup>64</sup>.

A unidade intra-hospitalar de Cuidados Paliativos do HLA, com 5 anos de acompanhamento a doentes com necessidade paliativas e respetivas famílias, tem mostrado excelentes resultados.

Possui 8 camas próprias, e articula-se com todos os serviços hospitalares e comunitários onde os doentes terminais se encontram. Constitui um apoio fundamental no seguimento dos doentes oncológicos e não oncológicos com doenças avançadas, incuráveis e de difícil controlo.

Os resultados desta investigação são testemunha do trabalho da equipa intra-hospitalar do HLA, verificou-se que 71% dos doentes participantes no estudo já recebiam acompanhamento pela equipa de CP, evidenciando-se um adequado controlo sintomático nos mesmos.

Estes resultados fornecem valor à afirmação feita pela ANPC em 2006, nas recomendações para a organização de serviços de Cuidados Paliativos: *“A oferta de Cuidados paliativos tem associadas vantagens claras para os doentes, famílias e para os serviços”*<sup>58</sup>.

Os tumores malignos (TM) representam a segunda causa de morte em Portugal<sup>14</sup>. No gráfico 6 apresenta-se a distribuição de doentes segundo localização do tumor primário, verificando-se que as maiores percentagens correspondem a tumores do colon (35%) e tumores de pulmão (14%), seguidos em ordem de frequência pelo tumor da mama, tumores de útero e anexos e tumores das vias biliares e pâncreas com (8%) dos participantes respetivamente.

Outras localizações aparecem representadas em percentagens poucos representativos.

4,5 % Dos doentes tinham o tumor primário de origem desconhecido.

A mortalidade proporcional por todos os Tumores Malignos continua a aumentar paulatinamente, os Tumores Malignos do Pulmão e do Cólon continuam a apresentar uma tendência crescente. Segundo dados estatísticos extraídos da investigação **“O Risco de Morrer em Portugal”**, a mortalidade por tumores malignos do colon mostrou uma taxa geral de 21,3/100000 habitantes. O cancro colo-rectal é o terceiro tumor mais frequente no mundo, com mais de 1,1 milhões de novos casos anuais. As maiores taxas de incidência são observadas em países industrializados, tais como EUA, Canada, Austrália, Nova Zelândia, Japão e países da Europa ocidental, consequentes os estilos de vida sedentária e hábitos alimentares<sup>65</sup>.

No gráfico 7 mostra-se a presença de metástases, sendo que 61% dos doentes apresentam lesões únicas e em 39% verificamos a presença de secundarização em vários locais, ou seja metastização múltipla.

No Gráfico 8, aparece a distribuição da localização das metástases, observando-se de forma predominante as metástases hepáticas em 38% dos doentes estudados, seguidas em ordem de frequência pelas ósseas (26%), e as ganglionares e de pulmão, com 26% e 25% respectivamente.

A presença de secundarização nos doentes oncológicos, leva a um agravamento da doença em sentido geral, nomeadamente agravamento dos sintomas, sejam provocados pela doença ou derivado aos tratamentos e condições físicas. Nesta investigação 75% dos doentes tinham diagnosticado algum tipo de metástase.

No gráfico 9 foi decidido mostrar algumas características clínicas dos doentes estudados, verificando-se que: 29% dos participantes se encontravam acamados; 68% fazia tratamento com algum tipo de opióides; 49% dos doentes objeto de estudo tinham sinais de obstipação habitual e 84% dos participantes levavam tratamento com algum tipo de laxante.

A mobilidade é um componente essencial na vida do homem. Grande parte das nossas funções vitais (respiração, eliminação, entre outras) precisam desta atividade para serem realizadas de forma satisfatória<sup>66</sup>.

A imobilidade resulta em enfraquecimento da musculatura abdominal e conseqüentemente dificuldade para aumentar a pressão intra-abdominal no ato de defecação. O aumento da frequência de atividades físicas pode melhorar a amplitude das contrações no cólon e facilitar a eliminação das fezes<sup>67</sup>.

Nesta investigação, 29% dos pacientes encontravam-se acamados, constituindo um fator de risco para a aparição da obstipação, pelo que neste tipo de situação, constitui um elemento importante, fomentar atividades para aumentar o nível de mobilidade do doente. Considero importante a educação da família para aumentar o nível de mobilidade e estimulação e prevenir o surgimento de complicações.

A obstipação pode ser desenvolvida a partir de perturbações gerais que podem ou não estar relacionada com o cancro, mas o uso de opióides é uma das principais causas desta população<sup>68</sup>.

A obstipação induzida por opiáceos em doentes com cancro constitui um evento pouco reconhecido e geralmente tratado de forma inadequada, o que pode provocar má adesão do tratamento analgésico, provocando alterações significativas na qualidade de vida dos doentes.

Estima-se que a prevalência de obstipação intestinal varie entre 50% e 90%, sendo mais elevada entre os pacientes com uso de analgésicos, sobretudo os opióides. Cerca de 80% das pessoas com esse distúrbio necessitam de tratamento com laxativos<sup>69</sup>.

Segundo o Consenso Brasileiro de obstipação Intestinal Induzida por Opióides: O tratamento com opiáceos está entre as três causas mais comuns de obstipação entre os pacientes com diagnóstico de cancro, ao lado da inatividade física e da baixa ingestão hídrica e nutricional<sup>70</sup>. Os médicos devem informar aos pacientes os efeitos colaterais dos analgésicos opióides, e discuti-los antes de iniciar o tratamento.

68% Dos participantes nesta investigação utilizavam opióides para o tratamento da dor, embora a maior parte dos mesmos já fizessem tratamento com algum tipo de laxantes, por vezes as doses recomendadas nem sempre eram as utilizadas pelos doentes, facto que incide de forma negativa sobre o controlo e prevenção da obstipação. Considero que o uso de opiáceos constituiu um fator decisivo dentro das causas que provocaram obstipação nos doentes estudados.

Os dados quanto à prevalência de obstipação intestinal em pacientes sob cuidados paliativos recebendo opióides são escassos, oscilando entre 40 e 95%<sup>71,72</sup>.

O estudo realizado por **Droney (2008)** revela que em 274 doentes que faziam tratamento com opióides a incidência de obstipação foi de 72%, dentro deste grupo 89% recebiam um tratamento inadequado<sup>56</sup>.



Os resultados deste estudo e os referidos por outros autores confirmam a indicação da utilização de laxantes prévios e durante o tratamento com algum tipo de opióides.

O motivo pelo qual 84% dos doentes participantes no estudo já faziam tratamento com algum tipo de laxantes, pode estar relacionado com o fato de que 49% dos doentes objeto de estudo tinham sinais de obstipação habitual, ou seja, podiam ter iniciado tratamento com laxantes antes de ter sido diagnosticada a doença oncológica, além de que a maior parte dos doentes estudados, já eram acompanhados pela equipa de CP.

Na minha opinião, deve sempre ser questionado qual o tipo de laxantes e com que frequência estão a ser usados. Deve verificar-se a adesão ao tratamento, para se conseguir um controlo adequado da obstipação. Na prática diária observo que existem pacientes a fazer laxantes por prescrição de farmacêuticos, amigos ou que se automedicarem, utilizando doses e produtos químicos que nem sempre são os mais adequados em cada situação. Historicamente, o uso de substâncias laxativas para resolver a obstipação é sugerido, sendo comuns as situações de automedicação com laxantes ou purgantes, o que pode constituir um problema, pelo que os pacientes devem ser educados neste sentido é ganhar consciência de que os tratamentos devem ser sempre individualizados tendo em conta que o hábito intestinal de cada um é variável.

Na literatura consultada os laxativos disponíveis no mercado são enquadrados na categoria de Venda Sem Prescrição Médica. Os consumidores, consequentemente, realizam automedicação de laxativos, sem considerarem as diferenças no diagnóstico da obstipação e a segurança dos laxativos. O tratamento ideal da obstipação deve depender do entendimento da fisiopatologia desta condição<sup>73</sup>.

A via de utilização dos laxantes apresenta-se no gráfico 10, verificando-se que 58% dos participantes utilizavam a via oral, enquanto 25% recorriam à via rectal.

A introdução de medicamentos através do ânus, tem duas funções diferentes, independentemente de ser local ou geral. Quando se recorre à administração por via rectal com o intuito de se obter uma ação local, pretende-se que a mesma proporcione um efeito terapêutico limitado na última porção do intestino grosso, à base de supositórios e enemas, de modo a estimular a defecação, aos quais se recorre para combater a obstipação. Costuma-se recorrer a esta via de administração, quando não é possível recorrer-se à via oral, caso o paciente evidencie náuseas ou vômitos que dificultem ou impeçam a sua ingestão pela boca ou quando existe falta de cooperação do paciente para a administração oral.

Nesta investigação a via mais utilizada foi a oral, situação essa que reforça a ideia de que o tema ainda é cercado de tabu, vergonha e questões culturais onde várias pessoas ainda se sentem constrangidas em realizar a administração de medicamentos pela via retal. Na minha opinião, isso sucede devido ao fato da região anal ser uma área crítica associada à vergonha de expor partes íntimas.

No entanto, a administração oral acaba por trazer algumas vantagens para o paciente, na medida em que constitui um método seguro, eficaz e de fácil utilização.

Relacionado com a frequência defecatória, no gráfico 11 verificou-se que 66% dos doentes tinham um padrão de eliminação fecal de duas vezes por semana, 26% uma vez por semana e 8% dos doentes estudados três vezes por semana.

Evacuações diárias não são, necessariamente, indicativas de normalidade da função intestinal e, mesmo evacuações que ocorrem de forma descontinuada, podem vir a ser consideradas funcionalmente adequadas. Isso é consequência da grande variabilidade na função intestinal normalmente observada entre os indivíduos. Por esse motivo é que o diagnóstico da obstipação intestinal não pode ser firmado tomando como base unicamente a frequência<sup>74,75</sup>.

Segundo **Ross (1998)**, a falta de consenso no diagnóstico da obstipação intestinal leva ao subtratamento, aumentando e perpetuando a gravidade do problema<sup>76</sup>.

O ritmo intestinal normal é aquele que tem pelo menos três evacuações por semana e não mais de 3 diárias, embora este critério pode não ser apropriado nos doentes com cancro.

Considero também importante conhecer o ritmo defecatório habitual do doente.

A obstipação deve ser observada como um sintoma subjetivo que implica as queixas duma frequência menor com a passagem incompleta de fezes secas e duras.

Uma história detalhada do padrão intestinal do doente, modificações no regime alimentário e medicamentoso, junto a um exame físico podem identificar as causas possíveis de obstipação.

O exame inclui também uma avaliação de sintomas relacionados como; distensão, flatulência, cólicas, e repleção de fezes no recto. O exame digital rectal deve ser praticado para descartar a retenção fecal na altura do recto<sup>77</sup>.

Na minha opinião constituem objetivos importantes no seguimento dos doentes com obstipação: melhorar a qualidade e número de deposições por semana e diminuir ou erradicar o mal-estar associado a defecação e tentar conseguir que os doentes não sintam desconforto relacionado com o hábito intestinal.

No gráfico 12 apresenta-se a consistência das fezes referidas pelos doentes, sendo que 65% referiram ter fezes duras.

Os tipos das fezes são consequência direta do tempo de permanência das mesmas em contato com a mucosa do intestino grosso, pois quanto maior o tempo, maior será a absorção de água. Portanto, no tempo de trânsito intestinal lentificado, as fezes são mais duras e de difícil eliminação<sup>78</sup>.

Promover a ingestão adequada de líquidos forma parte do tratamento e prevenção da obstipação, deve-se controlar diariamente a hidratação, além de uma dieta adequada com propriedades laxantes e que restrinja os alimentos com propriedades obstipantes, paralelamente adicionar laxantes preferentemente suavizadores e estimulantes.

Referente aos sintomas nos doentes estudados, podemos observar que existem sintomas de obstipação, verificou-se que 60% dos participantes referem dor como principal sintoma associado a obstipação, 68% dos doentes referiam incómodos e 25% sensação de evacuação incompleta (Gráfico 13). Grande parte da avaliação da obstipação é feita baseada na informação fornecida pelo próprio paciente, pelo que estes sintomas associados formam parte duma experiência subjetiva que podem variar em relação ao grau de desconforto que provocam.

No gráfico 14, aparecem representadas situações como repercussão da obstipação, verificando-se que 28% dos doentes precisaram de uso intensivo de laxantes pela via oral. 14% Necessitou da utilização de enemas de forma repetitiva, enquanto 11% recorreu à extração manual e 5 doentes (8%) apresentaram quadros de Impactação fecal resolvidos com ajuda de pessoal qualificado.

A retenção é definida como a acumulação de fezes duras no recto, que precisa de esforços pouco habituais para realizar a sua evacuação: Extração manual, enemas repetitivos e uso intensivo de laxantes orais. A obstipação pode provocar mal-estar e ser incomodativa, mas a retenção fecal, pode levar a estados perigosos para a vida. A retenção fecal refere-se à acumulação das fezes secas e duras, no recto ou em qualquer nível do colon. O doente com retenção fecal pode apresentar sintomas circulatórios, cardíacos ou respiratórios para além de sintomas gastrointestinais. Se a retenção fecal não é reconhecida, os sinais e sintomas podem progredir e provocar a morte<sup>79,80</sup>. Muitas vezes é difícil fazer a distinção entre obstrução por massa fecal e oclusão intestinal<sup>81</sup>.

**Nogueira e cols (2009)**, apresentaram dados que mostram que 20% dos doentes estudados referiu episódio de Impactação fecal nos últimos 3 meses<sup>42</sup>, coincidindo com os resultados desta investigação em que: 8% dos pacientes apresentaram quadros de Impactação fecal identificados e resolvidos com ajuda especializada e 11% dos doentes recorreu a extração manual no domicílio, representando um total de 19% dos participantes.

Num estudo realizado no Brasil, o diagnóstico clínico de Fecaloma foi realizado nove vezes e a desimpactação fecal foi uma etapa difícil no manuseio dos pacientes estudados, gerando dor e desconforto. A eliminação das fezes impactadas foi realizada através de medicação por via retal ou com laxantes em altas doses por via oral, concluindo-se que a aceitação e a eficácia deste procedimento têm importância fundamental na evolução do tratamento de manutenção com laxantes orais<sup>82</sup>.

Se a obstipação não for controlada, pode trazer grande desconforto e provoca deterioração na alimentação, sono, deambulação e humor **Moraes e Pimenta (2003)**<sup>83</sup>. Em sentido geral a obstipação pode afetar significativamente o desenvolvimento das atividades da vida diária, provocando efeitos negativos na qualidade de vida dos doentes.

Para avaliar o impacto da obstipação no doente oncológico em estágio avançado, decidi utilizar uma escala visual numérica, onde o doente localizou espacialmente a intensidade da repercussão negativa da obstipação, na que: 0 corresponde a ausência de mal-estar ou desconforto e 10, o pior desconforto imaginado, que pode interferir nas atividades da vida diária dos doentes. Pode verificar-se no gráfico 15, na avaliação da repercussão da obstipação nos doentes estudados, que a maior percentagem refere mal-estar moderado (40%), 23% mínimo, 18,5% severo, 4,5% mal-estar intolerável, enquanto 14% não manifestou mal-estar nenhum.

Na sequência da avaliação, deteção e resolução dos sintomas encontrados nos doentes que apresentam patologias distintas, foram criadas diversas escalas de avaliação.

Segundo **Pimenta e Ferreira (2006)**, essas escalas são encontradas de inúmeras formas, como: autorrelatos, escalas visuais numéricas, escalas de cores, escalas de faces, escalas de descritores verbais, questionários, entre outras, com o intuito de facilitar a compreensão, monitorando, medindo e avaliando aspetos físicos, emocionais, cognitivos e associados à observação dos profissionais. Algumas escalas apresentam restrições de uso para doentes com menor grau de instrução, cooperação ou com sintomas graves<sup>86</sup>.

Não foi possível encontrar estudos referentes à aplicação de escalas numéricas para a avaliação da repercussão da obstipação nos doentes oncológicos.

Em estudo realizado por um grupo de investigadores em Espanha a doentes acompanhados ativamente por um grupo de equipas de CP hospitalários e domiciliários, foi aplicada uma escala numérica verbal para ajudar a diagnosticar a obstipação, considerando que esta escala não mostrou adequados valores prognósticos para detetá-la<sup>13</sup>.

Os resultados obtidos na minha investigação revelam que 86% dos doentes estudados manifestaram algum tipo de desconforto. A maior percentagem (40%) manifestou um mal-estar moderado, o que pode ser considerado um valor significativo que evidencia a importância que deve ser dada à obstipação como sintoma que provoca desconforto e sofrimento em doentes oncológicos e paliativos.

# Limitações do Estudo

O fato da amostra corresponder a uma população da região sul do país (área de abrangência do HLA), torna-se uma limitação na interpretação dos resultados, o que poderá não satisfazer os critérios de autores mais exigentes. Deste modo, seria interessante o alargamento do estudo de forma a selecionar uma amostra representativa da população de todo o país.

# Conclusões

A obstipação encontra-se dentro dos sintomas mais frequentes em doentes oncológicos em fases avançadas, e nos doentes em Cuidados Paliativos. Embora seja considerada essencialmente como um problema de diminuição da frequência das evacuações, a sintomatologia é um pouco mais complicada e subjetiva. As manifestações podem incluir: dificuldade em evacuar, sensação de evacuação incompleta, distensão abdominal, desconforto e mal-estar geral ou dor abdominal. A obstipação é definida fundamentalmente pelo doente.

Dos doentes oncológicos em fases avançadas da doença, que receberam atenção médica no hospital de dia e na consulta de doenças oncológicas do HLA, foi possível através da análise dos resultados deste trabalho de investigação destacar as seguintes conclusões:

- 58% Referem manifestações clínicas de obstipação;
- A média de idade dos doentes estudados é de 72,72 anos, a distribuição por sexos comporta-se de forma semelhante: 52% dos participantes pertencem ao grupo dos masculinos e 48% ao feminino. 52% Dos participantes tinham um nível de escolaridade básico, seguido em ordem de frequência pelos iletrados que representam 20% da amostra estudada;
- 71% Dos doentes, no momento do estudo, já recebiam benefícios e acompanhamento pela equipa intra-hospitalar de Cuidados Paliativos da Unidade Local de Saúde do Litoral alentejano;
- 35% Dos doentes tinham diagnosticado tumores do colon, 14% tumores de pulmão, seguidos em ordem de frequência pelo tumor da mama, tumores de útero e anexos, tumores das vias biliares e pâncreas com (8%) dos participantes e 4,5% dos doentes tinham o tumor primário de origem desconhecido;



- Relacionado com a presença de metástases, 61% dos doentes apresentam lesões únicas e em 39% verificou-se a presença de secundarização, ou seja metastização múltipla, observando-se de forma predominante as metástases hepáticas em 38% dos doentes estudados, seguidas em ordem de frequência pelas ósseas (26%), e pelas ganglionares e de pulmão, com 26% e 25% respetivamente;
- 29% Dos participantes encontravam-se acamados;
- 68% Fazia tratamento com algum tipo de opióides;
- 49% Dos doentes objeto de estudo tinham sinais de obstipação habitual e 84% dos participantes levavam tratamento com algum tipo de laxante;
- A via de utilização dos laxantes mais utilizada foi a oral em 58% dos participantes. No entanto 25% recorriam à via rectal;
- 66% Dos doentes tinham um padrão de eliminação fecal de duas vezes por semana, 26% uma vez por semana e 8% dos doentes estudados três vezes por semana. 65% Referiram ter fezes duras;
- 60% Dos participantes referem dor como principal sintoma associado à obstipação, 68% dos doentes referiam incómodos e 25% sensação de evacuação incompleta;
- Como repercussão da obstipação, verificou-se que 28% dos doentes precisaram de uso intensivo de laxantes pela via oral. 14% Necessitou de utilização de enemas de repetição, 11% recorreu à extração manual e 5 doentes (8%), apresentaram quadros de Impactação fecal resolvidos com ajuda de pessoal qualificado.

Para avaliar o impacto da obstipação no doente oncológico em estadio avançado, foi utilizada uma escala numérica verbal, onde o doente localizou espacialmente a intensidade da repercussão negativa da obstipação. A maior percentagem refere mal-estar moderado (40%), 23% mínimo, 18,5% severo e 4,5% mal-estar intolerável. 14% Não manifestou nenhum mal-estar.

A obstipação constitui, um dos sintomas mais determinantes da qualidade de vida dos doentes com cancro. A identificação oportuna da obstipação e das causas que a provocam, constitui a base para um controlo adequado e individualizado dos doentes, para erradicar ou minimizar as repercussões negativas provocadas por este sintoma, e ajudar a proporcionar um final de vida mais digno e humano.

O carácter inovador deste estudo prende-se com diversos aspetos, onde se inclui o facto de o autor não ter conhecimento de trabalhos de investigação na área dos cuidados paliativos em Portugal que inter-relacionem a doença oncológica e os aspetos da prevalência e repercussão da obstipação.

Finalmente, a integração dos resultados obtidos em propostas de intervenção na área da saúde, é sem dúvida, uma mais-valia para a população em geral, nomeadamente para o desencadeamento de comportamentos mais assertivos para promoção da saúde.

Em termos clínicos, o presente estudo veio evidenciar dados relevantes, a nível da obstipação em pacientes oncológicos, assim como em algumas variáveis importantes a considerar na qualidade de vida dos doentes em fases avançadas da doença.

# Referências Bibliográficas

- [1] Dias MR. A esmeralda perdida: a informação prestada ao doente oncológico: Lisboa; Climepsi Editores (2005). 249 pp;
- [2] Boyle, P., & Levin, B. (2008). World Cancer Report 2008. Lyon:France: IARC:Press;
- [3] Bruera, Eduardo. (2012).Que es un síntoma difícil?. IX Congresso Nacional da Associação Espanhola de Cuidados Paliativos (SECPAL). Página 65 do livro de comunicações;
- [4] Lentz, J., McMillan, S.C. (2010). The Impact of Opioid-Induced Constipation on Patients Near the End of Life: Perspectives of Patients, Family Caregivers, and Nurses. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*. 12(1):29-38;
- [5] Larkin J., Sykes N. P., Centeno C., Ellershaw J. E., Elsner F., Eugene B., Gootjes J. R. G., Nabal M., Noguera A., Ripamonti C., Zucco F., Zuurmond W. W. A. (2009). Manejo del estreñimiento en la atención paliativa: recomendaciones clínicas. Arán Ediciones, S.L.Página 166 MedPal (Madrid), Vol. 16:n.º3;
- [6] Greger Lindberg e cols. Estreñimiento: una perspectiva mundial. Guías Mundiales de la Organización Mundial de Gastroenterología, Organización Mundial de Gastroenterología, 2010;

- [7] Thompson WG, Longstreth GF, Drossman DA, Heaton KW, Irvine EJ, Muller-Lissner SA. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. *Gut* 1999; 45(supl. 2):II43-II47;
- [8] Assessing constipation in palliative care within a gastroenterology framework *Palliat Med* September 1, 2012 26: 834-841;
- [9] Mancini I, Bruera E. Constipation in advanced cancer patients. *Support Care Cancer* 1998; 6:356-64;
- [10] McNicol E, Horowicz-Mehler N, Fisk RA, et al. Management of opioid side effects in cancer-related and chronic noncancer pain: a systematic review. *J Pain*. 2003;4:231-256;
- [11] Jadad AR, Moore RA, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds DJ, Gavaghan DJ, et al. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary. *Control Clin Trials* 1996; 17:1-12;
- [12] Barbosa A, I. Neto (Eds.) (2010). *Manual de Cuidados Paliativos*. 2.<sup>a</sup> edição, rev. e aumentada. Lisboa: FMUL, 162 pp;
- [13] Noguera A, C.Centeno, S.Librada, M.Nabal.(2010).Diagnóstico de sospecha de estreñimiento en pacientes de cuidados paliativos. *Arán Ediciones, S.L.Med pal (Madrid)*, Vol. 17:Nº5;280-285;
- [14] DGS - Programa de Prevenção e Controle das Doenças Oncológicas 2007/2010. Programa de Desenvolvimento;

- [15] Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. New York: Oxford University Press, 1989:121-93;
- [16] PEREIRA, M. G. & LOPES, C. (2002). *O doente oncológico e a sua família* (1ª Edição, Manuais Universitários 25). Lisboa: Climepsi Editores;
- [17] PORTUGAL. Plano Nacional de saúde 2012-2016;
- [18] DAVIES E. e HIGGINSON I. (ed.), (2004). *Palliative Care: The Solid facts*. Copenhagen: World Health Organization;
- [19] NETO, I. (2006). Princípios e filosofia dos cuidados paliativos. In: A. Barbosa e I. Neto (ed.) *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa, pp.37-52;
- [20] EAPC (European Association for Palliative Care), (2004). *A Guide for development of palliative nurse education in Europe*. Consultado em Novembro de 2013, em: <http://www.apcp.com.pt/uploads/NursingEducationRecommendations.pdf>;
- [21] SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 10ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 2419 p;
- [22] Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Cuidados Paliativos Oncológicos controle de sintomas. Rio de Janeiro: INCA, 2001. 130p. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/publicações/manual\\_cuidados.pdf](http://www.inca.gov.br/publicações/manual_cuidados.pdf). Acesso em 29 nov 2013;

- [23] FABBRO, E.D.;DALAL,S.;BRUERA,E.Symptom Control in Paliative Care- Part II: Cachexia/Anorexia and Fatigue. Journal of Paliative Medicine, Texas, v.9, n.2, p409-421,abr. 2006. Disponível em: <http://www.liebertonline.com/doi/pdfplus/10.1089/jpm.2006>. Acesso em 29 nov 2013;
- [24] Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. 2a Edicao. Lisboa: Climepsi Editores;
- [25] Neto, I. G. Modelos de controlo sintomatico. In Barbosa, A., Neto, I (editores) (2010). *Manual de Cuidados Paliativos*. 2a Edicao. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa;
- [26] MacDonald, N. (2002). *Redefining symptom management*. Journal of Palliative Medicine, 5(2): 301-304;
- [27] Reville B., Axelrod D, Maury R. Palliative care for the cancer patient. Prim. Care Clin Office Practice 36(2009):781-810;
- [28] REDDY, S. K.; RAJAGOPAL, A.; GOVIDRAJ, N. Pain Practice, v. 2, n. 1, p. 56-64, 2002;
- [29] SKYPES, N. P. Constipation and diarrhea. In: DOYLE, D.; HANKS, G. W.; MAC DONALD, N. (eds.). Oxford Textbook of Palliative Medicine. 2. ed. Oxford: University Press, 2001. p. 513-26;
- [30] Constipação, uma perspectiva mundial. World Gastroenterology Organisation **(WGO)**. Practice Guidelines, 2010;

- [31] Merkel, I. S., Locher, J., Burgio, K., et al. Physiologic and psychologic characteristics of elderly population with chronic constipation. *Am J Gastroenterol*, 1993; 88: 1854-62;
- [32] Read, N. W., Abouzekry, L., Read, M. G., et al. Anorectal function in elderly patients with fecal impaction. *Gastroenterology*, 1985; 89: 959;
- [33] Holmes S, Eburn E. Patients' and nurses' perceptions of symptom distress in cancer. *J Adv Nurs* 1989 Oct; 14(10):840-6;
- [34] Hurdon V, Viola R, Schroder C. How useful is docusate in patients at risk for constipation? A systematic review of the evidence in the chronically ill. *J Pain Symptom Manage* 2000 Feb; 19(2):130-6;
- [35] Sykes NP. The relationship between opioid use and laxative use in terminally ill cancer patients. *Palliat Med* 1998 Sep; 12(5):375-82;
- [36] Wald A. Pathophysiology, diagnosis and current management of chronic constipation. *Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol* 2006 Feb; 3(2): 90-100;
- [37] Sykes NP. The pathogenesis of constipation. *J Support Oncol* 2006 May; 4(5): 213-8;
- [38] Constipação intestinal no câncer avançado. / Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCA, (2009). 36 p.: il. – (Série Cuidados Paliativos);
- [39] Wald A. Chronic constipation: advances in management. *Neurogastroenterol Motil* 2007 Jan; 19(1): 4-10;

- [40] Solomon R.,Chemi N., Constipation and diarrhea in patients with cancer. *Cancer J* 2006;12:355-64;
- [41] Lacy BE, Brunton SA. Partnering with gastroenterologists to evaluate patients with chronic constipation. *Med Gen Med*. 2005;7(2):19-34;
- [42] Noguera A., Centeno C., Librada S., Nabal M. Diagnóstico de sospecha de estreñimiento en pacientes de cuidados paliativos. *Revista medicina paliativa: Volúmen 17: Número 5: p 280-285*, 2010;
- [43] Renata D'Alpino Peixoto. Constipação/obstrução intestinal maligna. *Manual de Oncologia do Brasil* 2013;
- [44] Ewan, et al. *Pain Clinical Updates*. International Association for the study of pain, 2007. Volume XV;
- [45] Bruera E, Suarez-Almazor M, Velasco A, et al.: The assessment of constipation in terminal cancer patients admitted to a palliative care unit: a retrospective review. *J Pain Symptom Manage* 9 (8): 515-9, 1994;
- [46] Bennett M, Cresswell H: Factors influencing constipation in advanced cancer patients: a prospective study of opioid dose, dantron dose and physical functioning. *Palliat Med* 17 (5): 418-22, 2003;



- [47] Thomas DR. Clinical consensus: the constipation crisis in long term care. *Ann Long Term Care* 2003 suppl 3:3-16.mento do tratamento e da prevenção 3-6;
- [48] Larkin PJ, Sykes NP, Centeno C, Ellershaw JE, Elsner F, Eugene B, Gootjes JRG, Nabal M, Noguera A, Ripamonti C, Zucco F, Zuurmond WWA. On behalf of The European Consensus Group on Constipation on Palliative Care. The management of constipation in palliative care: clinical practice recommendations. *Palliat Med* 2008;22:796-807;
- [49] Consenso Brasileiro de Obstipação Intestinal Induzida por Opioides, ABCP. *Revista Brasileira de Cuidados Paliativos* 2009; 2 (3 - Suplemento 1);
- [50] PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Direcção de Serviços de Planeamento. Rede de Referenciação Hospitalar de Oncologia. – Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2002 – 64 p;
- [51] Walsh D., Donnelly S., Rybicki L. (2000). *The symptoms of advanced cancer: relationship to age, gender, and performance status in 1,000 patients*. *Support Care in Cancer*, 8(3), 175-179;
- [52] Pacheco, A., Matos, L. S., Madureira, M. M. Obstipacao. In Barbosa, A., Neto, I (editores)(2010). *Manual de Cuidados Paliativos*. 2a Edicao. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa;
- [53] Potter J, Hami F, Bryan T, Quigley C. Symptoms in 400 patients referred to palliative care services: prevalence and patterns. *Palliat Med* 2003; 17: 310-4;

- [54] Fallon M, O'Neill B. ABC of palliative care. Constipation and diarrhoea. *BMJ* 1997; 315: 1293-6;
- [55] A. Libran Oriol. REstreñimiento en Cuidados Paliativos. UFISS. Hospital Terrassa, Consorçi Sanitari De Terrassa. Barcelona. TResúmenes de ponencias. Vol.17, Supl. I. Mayo 2010;
- [56] Droney J, Ross K, Welsh constipation in cancer patients. *Supportive Care In Cancer* 2008; 16: 453-9;
- [57] PORTUGAL. Estratégia para o Desenvolvimento do Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados 2011 – 2013;
- [58] PORTUGAL. Recomendações para a organização de serviços de Cuidados Paliativos. ANCP-2006;
- [59] Kamm, M. A, Farthing, M. J. G., Lennard-Jones, J. E., et al. Steroid hormone abnormalities in women with severe idiopathic constipation. *Gut*, 1991; 32: 80-87;
- [60] Johanson, J. F., Sonnenberg, A., Koch, T. R. Clinical epidemiology of chronic constipation. *J Clin Gastroenterol*, 1989; 11(5): 525-36;
- [61] Harari, D., Gurwitz, J. H., Avorn, J., et al. Bowel habit in relation to age and gender. Findings from the National Health Interview Survey and clinical implications. *Arch Intern Med*, 1996; 156: 315-20;

- [62] INE, Anuário Estatístico de Portugal 2011, Instituto Nacional de Estatística.
- [63] MOREIRA, I. (2001) - O doente terminal em contexto familiar - uma análise da experiencia de cuidar vivenciada pela família. Coimbra : Formasau;
- [64] BRUERA E, SWEENEY C, "Palliative care models international perspective", J. Of Palliative medicine, 2002. Vol.5(2), 319-327;
- [65] PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Direcção de Serviços de Epidemiologia e Estatísticas de Saúde.Divisão de Epidemiologia.Lisboa,2009;
- [66] Programa de atención a las personas mayores en atención primaria. Ed. Servicio Canario de salud. Febrero 2002;
- [67] Agachan F, Chen T, Pfeifer J, Reissman P, Wexner SD. A constipation scoring system to simplify evaluation and management of constipated patients. Dis Colon Rectum 1996;39:681-685;
- [68] Twycross RG, Lack SA. Controlo f alimentary symptoms in far advanced cancer. London: Churchill Livingstone, 1986, pp 166-207;
- [69] Ministério da Saúde. Brasil. Instituto Nacional de Câncer. Constipação intestinal no câncer avançado. Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA; 2009;

- [70] Salamonde GLF, Verçosa N, Barrucand L, Costa AFC. Análise clínica e terapêutica dos pacientes oncológicos atendidos no programa de dor e cuidados paliativos do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho no ano de 2003. *Rev Bras Anesthesiol.* 2006;56(6):602-8;
- [71] Jorge JMN. Constipation-including sigmoidocele and rectocele. In: *Diseases of the colon.* Eds Wexner SD, Stollman N. 2006: 99-136;
- [72] Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional bowel disorders. *Gastroenterology.* 2006;130:1480-1491;
- [73] Benetton, A; Ferreira, F. C. F. C; Lopes, L. C. Avaliação do enquadramento dos laxativos na categoria de Venda Sem Prescrição Médica *Rev. ciênc. farm;*25:135-148, 2004;
- [74] Portenoy RK: Constipation in the cancer patient: causes and management. *Med Clin North Am* 71: 303-11, 1987.
- [75] McShane RE, McLane AM: Constipation. Consensual and empirical validation. *Nurs Clin North Am* 20:801-8, 1985.
- [76] Ross H. Constipation: cause and control in an acute hospital setting. *Br J Nurs* 1998 Aug 13-Sep 9; 7: 907-13.
- [77] Woelk CJ. The hand that writes the opioid. *Can Fam Physician* 2007 Jun; 53(6): 1015-7.
- [78] Cefalu CA, McKnight GT, Pike JI: Treating impaction: a practical approach to an unpleasant problem. *Geriatrics* 36 : 143-6, 1981.
- [79] Wright BA, Staats DO: The geriatric implications of fecal impaction. *Nurse Pract* 11 : 53-8, 60, 64-6, 1986

- [80] Brandt LJ: Gastrointestinal Disorders of the Elderly. New York, NY: Raven Press, 1984.
- [81] *Carolina Monteiro, Ferraz Gonçalves. Oclusão intestinal na doença maligna avançada. Rev Port Clin Geral 2000;16:379-85*
- [82] Michela Cynthia da Rocha Marmo; Eliana Maria Monteiro Caran; Fabiola Castelo Branco Puty; Mauro Batista de Moraes. Avaliação do hábito intestinal em pacientes com câncer que utilizam morfina para o controle da dor Rev. Dor vol.13 no.3 São Paulo July/Sept. 2012
- [83] Moraes TM, Pimenta CAM. Constipação intestinal em doentes com doença oncológica avançada. Mundo Saúde. 2003;27(1):118-23.
- [84] Pimenta CAM, Ferreira KASL. Dor no doente com câncer. In: Pimenta CAM, Mota DDCF, Cruz DAM. Dor e Cuidados Paliativos. São Paulo: Manole, 2006. p.124-166.

# ANEXOS

## 7.1 Pedido de autorização do HLA da ULSLA

Fernando Manuel Medina Menéndez  
Rua Poeta António Aleixo, N°9, 4A  
7520-171 Sines

Exmo. Conselho de Administração da Unidade  
Local de Saúde do Litoral Alentejano

Santiago do Cacém, 1 de Fevereiro de 2013

**Assunto:** Pedido de autorização para a colaboração do HLA da ULSLA, EPE, no estudo para  
Tese de Mestrado.

Exmos. Senhores,

Venho por este meio, solicitar a autorização do Conselho de Administração e Comissão de Ética Médica para a colaboração do Hospital de Dia do Hospital do Litoral Alentejano da Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, na recolha de dados clínicos, sob a forma de preenchimento de questionários, cujo objetivo será obter informação pertinente sobre a obstipação no doente oncológico, no âmbito da investigação por mim desenvolvida nesta área.

Este projeto destina-se à elaboração de uma dissertação original no âmbito do curso de Mestrado em Cuidados Paliativos na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, intitulada "Prevalência e repercussão da obstipação no doente oncológico", sob orientação do Professor Doutor António Barbosa.

É garantida, desde já a confidencialidade dos resultados, visto que estes apenas se destinam a fins de tratamento estatístico. A aplicação dos instrumentos (questionários) será efetuada no contexto das sessões de acompanhamento dos doentes no hospital de Dia.

Agradecendo a atenção dispensada, subscrevo-me, e apresentando os melhores cumprimentos,

Santiago do Cacém, 1 de Fevereiro de 2013

Ao D.E. Hospitalar  
e à C. de Ética  
p/ se pronunciarem  
2013/2/11

Maria Joaquina Matos  
Presidente do Conselho de Administração  
ULS do Litoral Alentejano, E.P.E.

*Fernando Medina*

(Dr. Fernando Medina)

Concordo com os objetivos  
do estudo proposto e  
solicito então a autorização  
do C. de A. C. C.

Pierpaolo Cusati  
Diretor Clínico Cuidados Hospitalares  
ULS do Litoral Alentejano, E.P.E.

## 7.2 Parecer da comissão de ética do HLA da ULSA



Comissão de Ética

Para E.A.  
11/2/13

**Assunto:** Resposta ao pedido de autorização para a colaboração do HLA da ULSA, EPE num estudo para Tese de Mestrado

A Comissão de Ética nada tem a opôr à realização do estudo “Prevalência e repercussão da obstipação no doente oncológico”, desde que seja realizada a seguinte alteração do questionário:

1. Eliminação do nome do doente no questionário de modo a garantir a confidencialidade.

Santiago do Cacém, 11 de Fevereiro de 2013

O Presidente da Comissão de Ética

Dr. Lúcio Cardador



## 7.3 Documento do Consentimento informado

### Consentimento Informado

#### Investigação no âmbito do Mestrado em Cuidados Paliativos

Autor: Dr. Fernando Manuel Medina Menéndez. Médico. Hospital do Litoral Alentejano. Santiago do Cacém.

No âmbito do Mestrado em Cuidados Paliativos da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, é pretendido realizar um estudo sobre a repercussão da Obstipação no doente Oncológico.

Este trabalho tem como principal objetivo fomentar a investigação da obstipação na área dos cuidados paliativos, através da avaliação da sua abordagem, em termos de diagnóstico e reconhecimento como um problema frequente que provoca desconforto e sofrimento.

O estudo será desenvolvido no Hospital de Dia do Hospital do Litoral Alentejano, através da recolha de dados clínicos, sendo que este não lhe trará nenhuma despesa ou risco. As informações serão recolhidas através de uma pequena entrevista realizada pelo investigador principal e serão transcritas na hora para papel, que posteriormente será lido para que possa dar o seu aval. Poderá haver necessidade de uma testemunha para presenciar essa autorização.

Solicito a sua participação, bastando, para tal, responder de forma sincera às perguntas que se encontram ao longo do questionário.

A sua participação será voluntária, não existindo quaisquer consequências pela recusa em participar. As informações oferecidas serão usadas única e exclusivamente para este estudo, sendo garantida a sua confidencialidade. O objetivo do questionário é o de conhecer o que se passa consigo em particular, para podermos perceber quais as necessidades da população da qual faz parte, e como podemos implementar medidas para ajudar.

Se concordar em participar neste estudo por favor assine no espaço abaixo. Agradeço antecipadamente a sua importante contribuição.

Eu, \_\_\_\_\_, tomei conhecimento do objetivo da investigação e do que tenho que fazer para participar no estudo. Fui esclarecido sobre todos os aspetos que considero importantes e as perguntas que coloquei foram respondidas. Fui informado que tenho direito a recusar e que a minha recusa em participar não terá consequências para mim.

Assim declaro que aceito participar na investigação.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ De \_\_\_\_ de 2013.

O investigador

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ De \_\_\_\_ de 2013.

## 7.4 Modelo de Questionário

### QUESTIONÁRIO:

No. Processo \_\_\_\_\_

Idade \_\_\_\_\_

Sexo: Masculino \_\_\_\_\_

Feminino \_\_\_\_\_

Raça: Caucasiana \_\_\_\_\_

Negra \_\_\_\_\_

Outra \_\_\_\_\_

Escolaridade: Iltrado \_\_\_\_\_

Básico \_\_\_\_\_

Secundário \_\_\_\_\_

Superior \_\_\_\_\_

Tipo de tumor:

-Mama \_\_\_\_\_

-Pulmão \_\_\_\_\_

-Colon \_\_\_\_\_

-Estômago \_\_\_\_\_

-Vias biliares e pâncreas \_\_\_\_\_

-Próstata \_\_\_\_\_

-Útero e anexos \_\_\_\_\_

-Doenças linfo proliferativas \_\_\_\_\_

-Outras \_\_\_\_\_

-Presença de metastização \_\_\_\_\_

Beneficiando-se de cuidados paliativos:

Menos de 1 mês \_\_\_\_\_

Mais de 1 mês \_\_\_\_\_

Confinamento ao leito. Sim\_\_\_\_\_ Não\_\_\_\_\_

Sinais de obstipação habitual. Sim\_\_\_\_\_ Não\_\_\_\_\_

Tratamento com opióides: Sim\_\_\_\_\_ Não\_\_\_\_\_

Uso de laxantes:

Orais\_\_\_\_\_ Tempo de uso:\_\_\_\_\_

Via rectal\_\_\_\_\_Tempo de uso\_\_\_\_\_

Padrão habitual (últimos 3 meses) de eliminação fecal:

-número de vezes/dia \_\_\_\_\_

-número de vezes/semana\_\_\_\_\_

Consistência habitual (últimos 3 meses) das fezes:

-moles \_\_\_\_\_

-duras \_\_\_\_\_

-normais\_\_\_\_\_

Sintomas associados a obstipação:

-dor \_\_\_\_\_

-incómodos \_\_\_\_\_

-sensação de evacuação incompleta \_\_\_\_\_

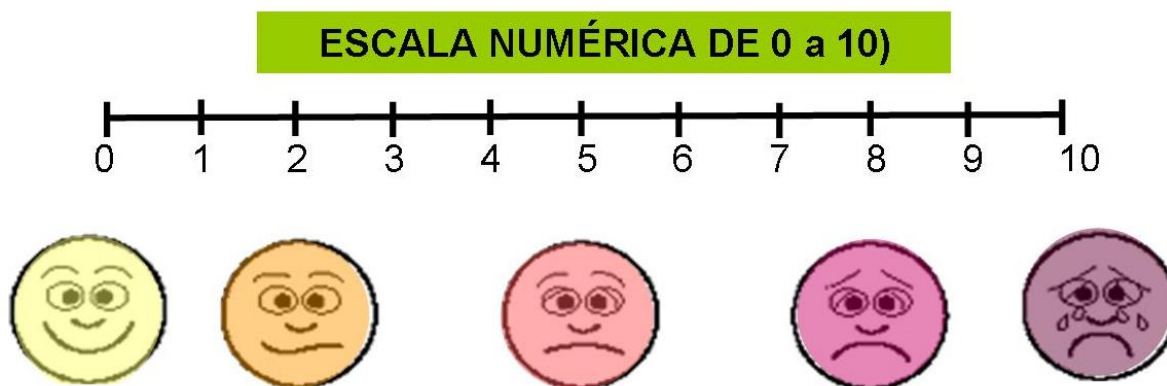
Impactação fecal:

-extracção manual \_\_\_\_\_

-enemas a repetição \_\_\_\_\_

-uso intensivo de laxantes via oral \_\_\_\_\_

## 7.5 Modelo da escala numérica verbal (ENV) (0-10)



Legenda:

<b>Grau</b>	<b>Significado referente aos efeitos negativos provocados pela obstipação</b>
<b>0</b>	<b>Ausência de mal-estar</b>
<b>1 a 3</b>	<b>Ligeiro desconforto</b>
<b>4 a 6</b>	<b>Moderado desconforto</b>
<b>7 a 9</b>	<b>Severo desconforto</b>
<b>10</b>	<b>Desconforto intolerável</b>

*Fim*